

Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk:

omfang og konsekvenser

Fartein Ask Torvik

Kamilla Rognmo

Rapport 2011:4

Nasjonalt folkehelseinstitutt

Tittel:

Barn av foreldre med psykiske lidelser
eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser

Forfattere:

Fartein Ask Torvik
Kamilla Rognmo

Prosjektledere:

Ellinor F. Major, Divisjonsdirektør
Kristian Tambs, Forskningsjef

Fagfellevurderinger:

Trine Waaktaar, Seniorforsker, Dr.psychol. , RBUP Øst og Sør
Helge Waal, Professor, SERAF, Universitetet i Oslo

Språklige konsulenter:

Simon Nygaard Øverland, Post doc., HEMIL- senteret, Universitetet i Bergen
Kari Voll

Finansiert av Helsedirektoratet

Utgitt av Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
0403 Oslo
Juni 2011
Tel: +47-21 07 70 00
E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no
www.fhi.no

Bestilling:

E-post: publikasjon@fhi.no
Telefon: +47-21 07 82 00
Telefaks: +47-21 07 81 05

Design:

Per Kristian Svendsen

Layout:

Grete Sømmer

Foto:

© Colourbox

Trykk:

wj.no

Opplag:

1000

ISSN: 1503-1403
ISBN: 978-82-8082-460-8 trykt utgave
ISBN: 978-82-8082-461-5 elektronisk utgave

Forord

Situasjonen for *barn med foreldre som har psykiske lidelser eller som misbruker alkohol* har fått økende oppmerksomhet de siste årene. Vi har ikke hatt kunnskap om hvor mange barn det gjelder eller hvilke konsekvenser det har for dem. I denne rapporten presenterer vi for første gang systematiske beregninger av omfang og konsekvenser for norske forhold.

Rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Vi har brukt eksisterende norske undersøkelser for å beregne antallet barn og unge, og har sammenholdt disse tallene med statistikk fra Statistisk sentralbyrå og annen norsk og internasjonal forskning. I tillegg har vi gjennomgått eksisterende forskning for å undersøke om barna har økt risiko for negative konsekvenser i forhold til andre barn.

Våre beregninger viser at det er relativt vanlig å ha foreldre som oppfyller kriteriene for en diagnose – mellom 12 og 40 %. Antallet er avhengig av om vi legger til grunn at foreldrene har milde, moderate eller alvorlige lidelser. Mange av foreldrene vil ha forholdsvis milde lidelser som ikke fører til redusert omsorg og negative utfall for barna. Vi finner likevel at barna har en forhøyet risiko for selv å utvikle psykiske lidelser, og å bli utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Denne forhøyede risikoen er avhengig av mange faktorer, som for eksempel hvor alvorlig foreldrenes lidelse er. Litteraturen viser likevel at de fleste klarer seg bra, også blant barn med alvorlig psykisk syke foreldre.

Rapporten er blitt vurdert av eksterne fagfeller. Vi takker professor Helge Waal (SERAF, Universitetet i Oslo), seniorforsker Trine Waaktaar (SIRUS) og post doc. Simon Nygaard Øverland (HEMIL senteret, Universitetet i Bergen) for nyttige og verdifulle kommentarer. Vi vil også takke Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag som har latt oss benytte data-materiale derfra.

Vi håper rapporten kan bidra til en bevisstgjøring og synliggjøring av familier og barn hvor foreldrene har psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Bare slik kan tidlig intervensjon og behandling iverksettes slik at alvorlige konsekvenser for barna kan forebygges.

Ellinor F. Major
dr. philos
Divisjonsdirektør
Divisjon for psykisk helse

Bakgrunn

Situasjonen til barn av psykisk syke og rusmisbrukere har de siste årene fått økende oppmerksomhet. For å kunne hjelpe disse barna på mest hensiktsmessig måte er det nyttig å vite hvor mange barn det gjelder, og hvilken risiko som er knyttet til en slik livssituasjon. Å forebygge problemer er både menneskelig viktig og økonomisk lønnsomt. Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet, som også har finansiert arbeidet.

Det har tidligere blitt gjort flere anslag på antall barn med foreldre som har psykiske lidelser eller som misbruker alkohol. Disse beregningene er gjort med ulike metoder og bruker forskjellige avgrensinger av psykiske lidelser og av alkoholmisbruk. Noen har telt antall barn av psykiatriske pasienter. Disse beregningene fanger imidlertid ikke opp de mange som ikke får behandling for sine psykiske vansker. Ingen skandinaviske beregninger er diagnosebasert på befolkningsnivå. Man vet derfor ikke sikkert hvor mange foreldre som har diagnostiserbare psykiske lidelser. Det første målet med denne rapporten er å beregne hvor mange barn i den norske befolkningen som har foreldre med diagnostiserbare psykiske lidelser eller alkoholproblemer. Vi vil avgrense psykiske lidelser og alkoholmisbruk på samme måte som i de etablerte diagnosesystemene DSM og ICD.

Det er gjort mye forskning på konsekvenser av å ha foreldre med slike problemer. Denne forskningen er imidlertid av varierende kvalitet, og det kan være vanskelig å fastslå i hvilken grad problemer blant barna faktisk skyldes foreldrenes problemer, og hvordan dette påvirker barna. Rapportens andre mål er å gi en oversikt over hvilke konsekvenser foreldres psykiske lidelser eller alkoholmisbruk kan ha for barna, basert på den tidligere forskningen som holder høyest kvalitet.

Mens diagnostisering innebærer å kategorisere folk som enten syke eller friske, vil det ofte være mer naturlig å se på psykiske lidelser som kontinuerlige trekk, hvor folk kan oppleve en større eller mindre belastning. Sosiale konvensjoner bestemmer hvilke psykiske plager og drikkemønstre som oppfattes som sykelige. Selv om det neppe finnes holdepunkter for å si at folk er blitt mer syke de siste tiårene, har antall personer med en diagnose økt kraftig. Det vil altså være stor variasjon i hvilken grad diagnostiserbare lidelser går ut over en persons daglige funksjons- eller omsorgsevne. Vi vil derfor presentere resultater for lidelser med forskjellig alvorlighetsgrad.

Omfang

Pasienttellingene fra SINTEF viser at om lag 65 000 barn har foreldre som får behandling for psykiske lidelser. I tillegg må man regne med et ukjent antall barn med foreldre som ikke søker hjelp for problemene sine. Utenlandske beregninger kan tyde på at mørketallene er ganske høye. Når det gjelder alkoholmisbruk blant foreldre mener SIRUS at mellom 50 000 og 150 000 barn opplever dette, mens andre siterer anslag helt opp i 230 000 barn. Dette av en befolkning på 1,1 millioner barn under 18 år i Norge. Usikkerheten i de tidligere beregningene gjør at det er behov for nye tall.

I denne rapporten har vi gjort beregninger på hvor mange barn som har en eller to foreldre som har en psykisk lidelse eller som misbruker alkohol. Beregningene tar utgangspunkt i studier av hvor mange i hele den voksne befolkningen som kvalifiserer for en diagnose på en psykisk lidelse eller på alkoholmisbruk. Imidlertid skiller foreldre med barn under 18 år seg fra andre voksne. For eksempel tilhører de en bestemt aldersgruppe, og psykisk friske får flere barn enn psykisk syke. I tillegg velger folk ofte partnere som ligner på dem selv, slik at om én forelder

har en psykisk lidelse, er det en økt sannsynlighet for at den andre også har det. Ved å justere tallene fra den voksne befolkningen for de nevnte forholdene kan vi regne ut hvor mange barn som har foreldre med disse problemene. Justeringsfaktorene henter vi fra statistikk fra Statistisk sentralbyrå og fra norsk og internasjonal forskning.

Ved hjelp av denne metoden anslår vi at det i løpet av det siste året var 410 000 barn (37,3 %) som hadde en eller to foreldre med en psykisk lidelse, og 90 000 barn (8,3 %) som hadde minst én forelder som misbrakte alkohol. Totalt var 450 000 (40,5 %) i en eller begge gruppene. I løpet av hele oppveksten vil tallene være enda høyere. Det er med andre ord relativt vanlig å ha foreldre som oppfyller kriteriene for en psykiatrisk diagnose, på samme måte som det er vanlig å ha annen diagnostiserbar somatisk sykdom.

Totalt er det et høyt antallet barn som lever i familier der minst én av foreldrene har en psykisk lidelse eller misbraker alkohol. Imidlertid fører ikke alle lidelser til nedsatt omsorgsevne. Mange av foreldre har forholdsvis milde lidelser som hovedsakelig plager dem selv, ikke barna. Det kan eksempelvis dreie seg om fobier, forbigående depresjoner og mild sosial angst. Siden mange av disse barna ikke opplever vansker knyttet til foreldrenes psykiske tilstand, har vi gjort egne beregninger av antallet barn som har foreldre med mer alvorlige lidelser. Vi får da at 260 000 barn (23,1 %) har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå ut over daglig fungering. Rundt 70 000 barn (6,5 %) har foreldre med et såpass alvorlig alkoholmisbruk at det sannsynligvis går ut over daglig fungering. Til sammen har 290 000 barn (26,5 %) foreldre med slike mer alvorlige tilstander. Teller vi kun klart alvorlige lidelser, rammes 115 000 barn (10,4 %) av foreldres psykiske lidelser og 30 000 (2,7 %) av foreldres alkoholmisbruk, totalt 135 000 barn (12,2 %). Beregningene viser at mange av familiene med alkoholproblemer også opplever andre psykiske problemer. I tabellen nedenfor har vi oppsummert anslagene.

Antall og andel barn med foreldre som har diagnostiserbare, moderate eller alvorlige psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Oppsummering av resultatene.

	Psykiske lidelser (%)	Alkoholmisbruk (%)	Totalt (%)
Diagnostiserbart	410 000 (37,3)	90 000 (8,3)	450 000 (40,5)
Moderat eller alvorlig	260 000 (23,1)	70 000 (6,5)	290 000 (26,5)
Alvorlig	115 000 (10,4)	30 000 (2,7)	135 000 (12,2)

Tross usikkerhetsmomenter ved utregningen, stemmer det høyeste antallet godt overens med tidligere beregninger fra utlandet, og tallet for alvorlige lidelser ligger nærmere antallet barn med foreldre som får behandling. Den statistiske usikkerheten knyttet til våre regnestykker er relativt liten. Det er imidlertid mer usikkerhet knyttet til omfangstallene som ligger til grunn for beregningene. Tallene er også helt avhengige av hva som legges i begrepet psykiske lidelser. De utgjør ikke noen fasit, men er våre beste anslag ut fra tilgjengelig litteratur og de avgrensinger som er foretatt.

Konsekvenser

Andre del av rapporten handler om i hvilken grad barn med psykisk syke eller alkoholmisbrukende foreldre har økt risiko for å oppleve forskjellige negative utfall. Det dreier seg blant annet om psykiske lidelser i barndom og ungdom, mishandling, seksuelle overgrep og tidlig død.

Risikoestimatene varierer fra studie til studie og mellom utfall. Jevnt over ser det likevel typisk ut til å være om lag en dobling i risiko for at disse barna skal oppleve forskjellige uheldige utfall, sammenlignet med andre barn. Hvor stor risikoen for negative utfall er, avhenger likevel av en rekke faktorer. Blant annet spiller det inn hva slags lidelse forelderen har, om det er mor som har en psykisk lidelse eller om begge foreldrene har det. Dette kan bidra til å identifisere høyrisikogrupper.

Ved å sammenholde relativ risiko med utbredelse kan vi finne ut hvor stor andel av forskjellige utfall i befolkningen som kan tilskrives en risikofaktor, her foreldres psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Vi finner at opp mot 25 % av psykiske lidelser blant ungdom og 10 % av tidlig død blant barn henger sammen med foreldrenes psykiske lidelser. Dersom ingen barn hadde psykisk syke foreldre ville man hypotetisk forventet at forekomsten av psykiske lidelser blant barn og unge sank fra om lag 30 % til 22 %. For alkoholmisbruk alene kan på befolkningsnivå mellom 2 % og 11 % av utfall som psykiske lidelser og barnevernstiltak tilskrives denne risikofaktoren. Rundt 2 % av barn og unge kan se ut til å utvikle psykiske lidelser som de ikke ville hatt dersom denne risikofaktoren ikke fantes. Disse beregningene viser en opphopning av uheldige utfall i risikogruppene. Årsakssammenhengene er ikke fullstendig kartlagt.

Den forhøyede risikoen for å oppleve forskjellige negative hendelser skyldes både genetiske forhold og forskjellige typer miljø. Foreldres psykiske lidelser kan påvirke miljøet barna oppholder seg i og eksempelvis øke sannsynligheten for at barna blir utsatt for vold. Variasjonen i sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser som voksen avhenger nok mer av gener enn miljøpåvirkning fra foreldrene. Trivselen "her og nå" under oppveksten avhenger i større grad av familiemiljøet.

Konklusjon

En ganske høy forekomst av psykiske lidelser i befolkningen gjør at et stort antall barn lever i hjem hvor foreldrene har mer eller mindre alvorlige psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Disse barna har en forhøyet risiko for å oppleve alvorlige negative utfall. Det er likevel stor variasjon mellom enkeltindivider, og mange klarer seg bra, også blant barn med alvorlig psykisk syke foreldre.

Selv om en stor del av risikoen er genetisk overført, betyr ikke det at noen er forutbestemt til å få et vanskelig liv. Psykiske lidelser kan forebygges, og behandling er viktig for å redusere konsekvensene lidelsene får for enkeltpersoner og for samfunnet.

Å ha en psykisk syk forelder kan oppleves som en stor belastning for barnet uten at det utvikler seg til varige problemer. De fleste barn viser stor tilpasningsdyktighet og klarer seg bra på sikt selv om det er vansker i familien.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	4
Innhold	8
1. Disposisjon og bakgrunn	10
1.1 Om strukturen i rapporten	10
1.2 Hva er psykiske lidelser?	10
1.3 Hva er alkoholmisbruk?	11
1.4 Alvorlighetsgrad og funksjonsevne	11
DEL 1: OMFANG	13
2. Tidligere beregninger	14
2.1 Antall barn med foreldre som har psykiske lidelser	14
2.1.1 Norske beregninger	14
2.1.2 Utenlandske beregninger	14
2.1.3 Oppsummering	14
2.2 Antall barn med foreldre som misbruker alkohol	15
2.2.1 Norske beregninger	15
2.2.2 Utenlandske beregninger	17
2.2.3 Oppsummering	17
3. Metode og utregning	18
3.1 Metodiske betraktninger	18
3.2 Beregning av antall barn med foreldre som har psykiske lidelser	19
3.2.1 Trinn 1. Psykiske lidelser i befolkningen	20
3.2.2 Trinn 2. Psykiske lidelser blant foreldre	20
3.2.3 Trinn 3. Foreldre med enten personlighetsforstyrrelse eller symptomlidelser	21
3.2.4 Trinn 4. Antall barn som har foreldre med psykiske lidelser	22
3.3 Beregning av antall barn med foreldre som misbruker alkohol	22
3.3.1 Trinn 1. Andel alkoholmisbrukere i Norge	22
3.3.2 Trinn 2. Andel foreldre som misbruker alkohol	23
3.3.3 Trinn 3. Antall barn med alkoholmisbrukende foreldre	23
3.4 Antall barn med foreldre som har psykiske lidelser eller som misbruker alkohol	23
3.5 Psykisk sykdom etter alvorlighetsgrad	24
3.6 Usikkerhet	24
4. Oppsummering av resultatene	26
5. Diskusjon av de beregnede tallene	27
5.1 Sammenligning med tidligere undersøkelser	27
5.1.1 Psykiske lidelser	27
5.1.2 Alkohol	27
5.2 Usikkerhet knyttet til metode	28
5.3 Begrensninger	28

DEL 2: KONSEKVENSER	29
6. Fremgangsmåte og metode for litteraturgjennomgangen	30
6.1 Om fremgangsmåte og risikoestimer	30
6.2 Metodiske aspekter ved eksisterende litteratur	30
7. Risiko blant barn som har foreldre med psykiske lidelser	32
7.1 Medikamentbruk under svangerskap	32
7.2 Mishandling og omsorgssvikt	32
7.3 Tidlig død	32
7.4 Psykiske lidelser blant barna	33
7.5 Oppsummering av risiko	33
8. Risiko blant barn som har foreldre som misbruker alkohol	34
8.1 Alkoholeksponering undersvangerskap	34
8.2 Negative livshendelser	34
8.3 Mishandling og omsorgssvikt	34
8.4 Psykiske lidelser blant barna	35
9. Risiko i befolkningen	37
9.1 Om tilskrivbar risiko	37
9.2 Risiko i befolkningen, foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk	38
9.3 Risiko i befolkningen, foreldre som misbruker alkohol	39
10. Diskusjon av konsekvenser	40
10.1 Fortolkning av risikoestimer	40
10.2 Årsaker til forhøyet risiko	41
11. Konklusjon	42
Referanser	43

1 Disposisjon og bakgrunn

1.1 Om strukturen i rapporten

Situasjonen til barn av psykisk syke og rusmisbrukere har de siste årene blitt viet større oppmerksomhet, for eksempel i Opptappingsplan for rusfeltet [1,2]. For å kunne hjelpe disse barna på en hensiktsmessig måte må vi vite hvor mange barn det gjelder, og hvilke risikoer de løper. Forebygging av problemer sparer mennesker for lidelse og er samtidig økonomisk lønnsomt. Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Helsedirektoratet, som også har finansiert arbeidet.

Formålet med rapporten er todelt: Første del tar for seg hvor mange barn som har foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Andre del gir en oversikt over hvilke konsekvenser dette kan ha for barna. I dette innledende kapitlet blir det også gitt noe bakgrunnsstoff om psykiske lidelser og alkoholmisbruk.

Første del starter med kapittel 2, hvor tidligere beregninger blir presentert. Vi har prioritert norske og skandinaviske beregninger, men beregninger fra andre sammenlignbare land er også med. I kapittel 3 presenterer vi våre egne beregninger og tekniske beskrivelser av metoden bak dem. Kort fortalt regnet vi ut hvor mange barn som har en eller to foreldre som i løpet av det siste året har oppfylt de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse eller for alkoholmisbruk. Vi har beregnet omfanget av problemene i hele befolkningen, ikke bare blant det mindretallet [3] med psykiske plager som søker hjelp. Det vil bli gitt separate estimater for barn av foreldre med psykiske lidelser, og barn med foreldre som misbruker alkohol, samt et tall for hvor mange barn som rammes totalt. Samtidig er det stor variasjon i hvilken grad psykiske lidelser påvirker en persons funksjonsevne. Vi vil derfor presentere estimater hvor vi har tatt høyde for lidelsenes alvorlighetsgrad. Det er også gjort beregninger av usikkerheten i estimatene. Resultatene blir oppsummert i kapittel 4 og diskutert i kapittel 5.

Andre del av rapporten tar for seg på hvilke måter foreldrenes psykiske lidelser eller alkoholproblemer kan gi negative følger for barna, og hvilke konsekvenser dette kan innebære. Det finnes omfattende

internasjonal forskningslitteratur på risiko for negative konsekvenser blant barn av psykisk syke eller alkoholmisbrukere, men denne er av varierende kvalitet. I kapittel 6 tar vi derfor for oss metodiske aspekter ved litteraturgjennomgangen og beregning av risiko. I kapittel 7 presenterer vi studier som omhandler både barn av psykisk syke og alkoholmisbrukende foreldre, ettersom det ikke alltid lar seg gjøre å skille effektene av psykiske lidelser og alkoholmisbruk. I kapittel 8 ser vi spesifikt på faren for alvorlige konsekvenser blant barn av alkoholmisbrukere. Vi har hatt særlig fokus på hvilken risiko disse barna løper for mishandling, omsorgssvikt, tidlig død og negative livshendelser, samt for at barnet selv skal utvikle psykiske lidelser. Vi kommer også inn på følger av medisinbruk og alkoholbruk under svangerskapet. Til sammen vil det bli presentert mange risikoestimer, som vi har sammenfattet ved å regne ut medianverdier for risikoen for forskjellige utfall. I kapittel 9 presenterer vi estimater på hvor stor del av forskjellige negative fenomener, som psykiske lidelser og mishandling, som på befolkningsnivå kan tilskrives psykisk lidelser eller alkoholmisbruk blant foreldre. I kapittel 10 diskuteres konsekvensene og også mulige mekanismer for sammenhengen mellom foreldres vansker og konsekvenser hos barna. Kombinasjoner av svikt i omsorgsevner og arvet sårbarhet kan gjøre livet vanskelig for barna og øke faren for negative utfall.

1.2 Hva er psykiske lidelser?

Det finnes to etablerte diagnosesystemer for psykiske lidelser. Det ene er *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), som forvaltes av American Psychiatric Association (APA) [4]. Det andre er F-kapitlet i *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD), som forvaltes av Verdens helseorganisasjon (WHO) [5]. Begge inneholder systematiserte oversikter over kriteriene som brukes for å diagnostisere psykiske lidelser, og de to manualene er etter hvert blitt nokså like.

Vi vil i denne rapporten bruke betegnelsen "psykiske lidelser" om tilstander som kvalifiserer for en diagnose i henhold til diagnosesystemene DSM-IV-TR eller

ICD-10 (F00-F99). Psykiske lidelser omfatter mentale og atferdsmessige mønstre som avviker fra kulturelle normer og som medfører lidelse eller uførhet [4]. Begrepet psykiske lidelser rommer dermed en bred samling konsepter, som kan være svært forskjellige i uttrykk, årsaker og konsekvenser. De mest utbredte psykiske lidelsene er forskjellige former for depresjon, angst og rusmisbruk. Angst, depresjon, rusmisbruk, spiseforstyrrelse, psykose og andre fluktuerende forstyrrelser kalles gjerne symptomidelser, og sorterer under akse I i DSM. Personlighetsforstyrrelser regnes for å være nokså vedvarende, og sorterer under akse II i DSM. Diagnosegruppene er ikke "naturgitte", men en måte å klassifisere symptomer på for å kunne kommunisere om psykiske lidelser ved hjelp av et felles sett av faglige begreper. Et sett av symptomer kan betegnes med samme diagnose selv om de bakenforliggende årsakene kan være svært forskjellige. Grensene mellom forskjellige lidelser er tema for en pågående faglig diskusjon, men det er nødvendig å forholde seg til den standardiserte inndelingen som forskningen er basert på.

1.3 Hva er alkoholmisbruk?

Alkohol er det mest utbredte rusmiddelet i Norge, og nytes av om lag 90 % av voksne [6]. Det meste av rusmisbruket er derfor også knyttet til alkohol. Misbruk av alkohol er i følge epidemiologiske undersøkelser [7-9] om lag ti ganger vanligere enn misbruk av legemidler eller ulovlige rusmidler. Kun et mindretall av ungdom eksperimenterer med andre rusmidler [10], og for de fleste utvikler ikke eksperimenteringen seg til misbruk [11,12]. Selv om foreldres misbruk av tyngre rusmidler enn alkohol kan ha store konsekvenser for barn, er omfanget av dette langt mindre, og misbruk av andre rusmidler enn alkohol er derfor ikke del av denne rapporten.

Hvilke drikkemønstre som vil oppfattes som misbruk bestemmes i stor grad av sosiale konvensjoner. Både ICD og DSM har to diagnoser relatert til alkohol. Det er alkoholavhengighet, samt en mildere diagnose, som benevnes "alkoholmisbruk" i DSM og "skadelig bruk" i ICD. Alkoholmisbruk uten avhengighet kjennetegnes ved drikking som medfører helseskade, enten somatisk eller psykisk, eller som medfører tilbakevendende problemer på forskjellige områder, som det å utføre daglige plikter, havne i konflikt med loven, bruke alkohol i farlige situasjoner eller nedsatt sosial fungering. Alkoholavhengighet kjennetegnes ut over dette også ved utvikling av høy toleranse for alkohol (alkoholdosen må økes for å oppleve samme rus som tidligere), fysisk avhengighet i form av abstinens når man

ikke drikker, at mye tid går med til å skaffe alkohol, drikke og komme seg igjen. I tillegg kommer sosiale konsekvenser og vedvarende ønske om eller mislykkede forsøk på å avslutte eller kontrollere alkoholbruken. Utfyllende kriterier står i diagnosemanualene. Dersom kriteriene for alkoholavhengighet er oppfylt kan man ikke sette diagnosen misbruk/skadelig bruk. Avhengighet er følgelig mer alvorlig. Ettersom alkoholavhengige også misbruker alkohol, vil vi heretter bruke "alkoholmisbruk" som samlebetegnelse for begge diagnosene.

Diagnosesystemene og forskningslitteraturen anser rusmisbruk, herunder misbruk av alkohol, for å være psykiske lidelser. I denne rapporten vil vi se spesielt på barn av alkoholmisbrukere. Derfor vil vi tidvis behandle alkoholmisbruk separat fra andre psykiske lidelser.

1.4 Alvorlighetsgrad og funksjonsevne

I dag vil trolig flere relativt milde tilstander kvalifisere for en diagnose enn før i tiden. Diagnosemanualene DSM og ICD har vokst i takt med økt interesse, innsats og kunnskap i fagdisiplinen: DSM-I, som ble lansert i 1952, inneholdt 106 diagnoser. DSM-II (1968) ble utvidet til 182, mens DSM-III (1980) inneholdt nærmere 300 diagnoser. Tredoblingen gjør at flere tilstander og adferdsmønstre nå fyller kriteriene for en diagnose. Samtidig er nok stigma rundt psykiske lidelser blitt redusert. Bedre og mer tilgjengelig behandling, samt større forventninger til livskvalitet kan også ha bidratt til at folk nå søker hjelp for plager man tidligere ville avfunnet seg med. Samlet har nok flere diagnoser, økt hjelpsøking og mindre stigma rundt psykiske lidelser bidratt til at diagnostiseringen, og diagnostiserbarheten, av psykiske plager har økt drastisk, selv om det ikke er sterke holdepunkter for å tro at befolkningen er mer psykisk plaget nå enn før [13]. Vi regner nå med at mellom 30 % og 50 % av befolkningen vil kvalifisere for en psykiatrisk diagnose en eller flere ganger i løpet av livet [7,8]. Følgelig vil også en større andel barn ha foreldre som kvalifiserer for en diagnose nå enn før.

De fleste psykiske lidelser kan bedre beskrives som dimensjonale eller kontinuerlige, snarere enn enten-eller-kategorier. For eksempel er det veldig vanlig å ha enkelte symptomer på depresjon, men uten at omfanget eller graden av symptomene overstiger grensene for en diagnose. I praksis vil en kliniker ta hensyn til hvor alvorlig en pasient rammes ved diagnostisering. Flere DSM-diagnoser har som et kriterium at en symptombelastning over et bestemt nivå må være tilstede. Dette gjelder blant annet spesifikk fobi og depressiv episode, hvor tilstandene må medføre en

viss påvirkning på daglige rutiner, yrkesmessig eller sosial fungering eller følelse av fortvilelse før det settes en diagnose. Diagnostisering er altså en forenkling av verden, men enten-eller-kategorier er nyttige for mange formål, og nødvendige for å kunne telle folk. Selv om alle psykiske lidelser per definisjon er plagsomme, vil ikke alle ha like store konsekvenser for funksjonsevnen eller for hvordan en forelder følger

opp barna sine. Ettersom mange kan kvalifisere for psykiatriske diagnoser uten at det går vesentlig ut over funksjonsevnen, har vi til en viss grad ønsket å forholde oss til lidelsenes dimensjonalitet. Dette er grunnen til at vi senere i rapporten deler resultatene opp i grupper, etter hvor alvorlige psykiske lidelser foreldrene har.

DEL 1: umfang



2 Tidligere beregninger

2.1 Antall barn med foreldre som har psykiske lidelser

Det er tidligere gjort en rekke beregninger av hvor mange barn som har psykisk syke foreldre. Det kan skilles mellom to hovedtilnærminger: noen teller antall barn av psykiatriske pasienter, andre forsøker å finne andelen barn med psykisk syke foreldre i befolkningen som helhet. Resultatene av de forskjellige beregningene er oppsummert i tabell 1. Dersom ikke annet er nevnt, er "barn" definert som personer under 18 år. I Norge har vi etter denne definisjonen 1,1 millioner barn per 1. januar 2010.

2.1.1 Norske beregninger

Basert på pasienttelling har SINTEF [14] beregnet at minst 65 000 barn i 2008 hadde omsorgspersoner som fikk behandling ved døgnavdelinger eller poliklinikker. Tallet omfatter ikke barn med omsorgspersoner som fikk behandling hos avtalespesialist. Av disse barna hadde om lag en tredjedel fått iverksatt tiltak for oppfølging, mens det antas at omtrent like mange har udekkede behov for slike tiltak. SINTEF har også tidligere gjort anslag basert på tall fra Norsk pasientregister. Anslagene er referert i en rekke nyhetsklipper [15], men detaljene rundt beregningene er ikke publisert. De bygger på lignende metode, men med større usikkerhetsmargin (Helge Hagen, personlig kommunikasjon, 2011). I 2004 ble det tilsvarende tallet beregnet til et sted mellom 70 000 og 134 000, trolig rundt 90 000. Omkring 2001 ble det anslått at 15 000 barn til enhver tid har foreldre som er innlagt til behandling for psykiske lidelser.

En rekke dokumenter fra offentlig forvaltning viser til anslag på at 130 000 familier i Norge lever med psykisk sykdom eller rusproblemer [16-21]. Vi har ikke klart å bringe klarhet i kilden til dette tallet. Vi antar at det er basert på upubliserte beregninger og har derfor ikke anledning til å vurdere premisene som ligger til bak den.

2.1.2 Utenlandske beregninger

Både svenske [22] og danske [23] beregninger gir resultater i samme størrelsesorden som SINTEFs norske pasienttelling. De måler likevel litt forskjellige ting: Det svenske anslaget går på hvor mange barn som har

foreldre som for tiden får behandling av helsevesenet for psykiske plager. Det er basert på pasienttall som justeres for hvor stor andel av pasientene som har barn og hvor mange barn de har hver (Margareta Östman, personlig kommunikasjon, 2011). Det danske tallet bygger på en registerundersøkelse av hvor mange barn som noensinne har opplevd at en av foreldrene har vært innlagt på en psykiatrisk avdeling. I tillegg viser danske undersøkelser [23] at 2 % av barn har foreldre med psykiske lidelser kjent av den kommunale Sosialforvaltningen, ikke medregnet alkoholmisbruk, og at 2 % av nyfødte har en mor med en behandlingskrevende psykisk lidelse. Disse utgjør trolig kun de mest alvorlige tilfellene, og langt flere vil kvalifisere for en diagnose.

Nederlandske Trimbos Instituut [24] anslår at hvert år har om lag 35,6 % av barn minst en forelder som oppfyller kriteriene for en DSM-III akse I-diagnose, inkludert alkoholmisbruk. En canadisk undersøkelse finner at 12,1 % av barn under 12 år bor med foreldre som i løpet av det siste året har oppfylt kriteriene for en angst-, depresjons- eller ruslidelse [25]. I Australia er det beregnet at cirka 23 prosent av barn til enhver tid har en psykisk syk forelder, da utenom rusmisbruk [26].

Videre er det beregnet at 74 % av barn i Australia har minst én forelder som på et eller annet tidspunkt i livet har oppfylt de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse [27]. Tallet kan virke høyt, men reflekterer livstidsforekomst blant foreldrene, inkludert lidelser som forekom før barnet ble født. I Norge antar man at rundt mellom 30 % og 50 % av befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (inkludert alkoholmisbruk) [7,8]. Siden hvert barn har to foreldre vil nødvendigvis en høy andel barn ha en eller flere foreldre som på et tidspunkt har hatt en psykisk lidelse.

2.1.3 Oppsummering

Anslagene varierer sterkt ettersom vidt forskjellige metoder og definisjoner av lidelser eller plager er lagt til grunn. Ingen av de nevnte skandinaviske studiene er basert på diagnoser på befolkningsnivå. Antall barn med foreldre som er til behandling kan til en viss grad gjenspeile de alvorligste tilfellene, men siden mange med psykiske lidelser ikke søker hjelp [13,28], vil det

Tabell 1: Antall og andel barn med foreldre som er psykisk syke (forskjellige definisjoner). Tilsvarende antall i befolkning av norsk størrelse.

Kilde	Hva som måles	Antall barn	%
Norske beregninger			
SINTEF [14]	Foreldre fikk behandling ved døgnavdelinger eller poliklinikker. Ikke inkl. avtalespesialist.	65 000	5,9*
SINTEF (Helge Hagen)	Foreldre fikk behandling for en psykisk lidelse, maksimums- og minimumsestimert	70 000 – 134 000	6,4 – 12,2
	Foreldre fikk behandling for en psykisk lidelse, mest sannsynlige tall	90 000	8,2*
	Foreldre innlag for behandling av psykisk lidelse	15 000	1,4*
Offentlige dokumenter	Familier som lever med psykisk sykdom eller rusproblemer	130 000	-
Utenlandske beregninger			
Östman 2000 [22]	Sverige: Foreldre får behandling for psykiske plager. Pasienttelling med matematisk justering for foreldreskap	53 000*	4,8*
Lier et al., 2001 [23]	Danmark: Noensinne opplevd at en av foreldrene har vært innlagt på en psykiatrisk avdeling	86 000*	7,8
	Danmark (Ballerup): Foreldre med psykiske lidelser kjent av Socialforvaltningen	22 000*	2,0
	Danmark (København): Nybakte mødre med behandlingskrevende psykisk lidelse	22 000*	2,0
Bool et al., 2001 [24]	Nederland: Foreldre tilfredsstillt årlig kriterier for en DSM-III akse I-diagnose	392 000*	35,6
Bassani et al., 2009 [25]	Canada: Bor med foreldre med angst-, depresjon- eller ruslidelse siste år, barn under 12 år	133 000*	12,1
Maybery et al., 2009 [26]	Australia: Foreldre med psykisk lidelse, til enhver tid	253 000*	23,0
Foley et al., 2001 [27]	Australia: Foreldre som på et eller annet tidspunkt i livet har oppfylt de diagnostiske kriteriene for en psykisk lidelse	814 000*	74,0

* Tallet er ikke oppgitt i kilden. Vi har regnet det ut på bakgrunn av andre tall, for eksempel regnet mellom antall og prosent, eller tilpasset til den norske befolkningsstørrelsen. I Norge er det 1,1 millioner barn under 18 år.

totale antallet barn med psykisk syke foreldre være høyere. Det er derfor behov for nye beregninger.

2.2 Antall barn med foreldre som misbruker alkohol

Tidligere beregninger av antallet barn som har foreldre med alkoholproblemer er også gjennomført etter varierende fremgangsmåter. Noen har telt diagnoser, mens andre har målt høyt alkoholforbruk blant foreldrene eller spurt barn hvor ofte de har sett foreldrene sine fulle. I tabell 2 har vi oppsummert tidligere beregninger. Tall fra utlandet er regnet om til en befolkning av norsk størrelse.

2.2.1 Norske beregninger

Mange rapporter, handlingsplaner, statsrådstaler og andre offentlige dokumenter av nyere dato trekker fram at om lag 200 000 barn lider under foreldrenes rusbruk [16,19,21,29,30]. De fleste oppgir ikke kilde, og tallets troverdighet har tidligere blitt trukket i tvil [31]. Estimater er trolig gjort i 1985, og er basert på tall fra en stortingsmelding om "alkoholistomsorgen" anno 1976 og en undersøkelse av alkoholmisbruk fra 1982 [32]. Metoden er enkel: Antallet alkoholmisbrukere fra de to kildene er lagt sammen, ganget med andel alkoholmisbrukere som er gift, og med antall barn per gifte par. Konklusjonen er at "mellom 160 000 og 230 000 barn til enhver tid lever med en mor eller far med et høyt inntak av alkohol". Etersom dette er et utdatert anslag på hvor mange barn som har foreldre med et høyt alkoholforbruk bør det ikke brukes som et tall på barn av rusmisbrukere.

Tabell 2: Oversikt over tidligere anslag på antall og andel barn med foreldre som misbruker alkohol (forskjellige definisjoner). Antall i befolkning av norsk størrelse.

Kilde	Hva som måles	Antall barn	%
Norske beregninger			
Hansen, 1985 [32]	Foreldre med høyt alkoholinntak	160 000 – 230 000	15,5 – 20,9*
SIRUS, 2009 [31]	Foreldre som drikker mer <i>eller</i> ruser seg oftere enn 90 % av befolkningen	150 000	13,6*
	Foreldre som drikker mer <i>eller</i> ruser seg oftere enn 95 % av befolkningen	50 000	4,5*
	Foreldre drikker mer og ruser seg oftere enn 90 % av befolkningen	44 000	4,0*
	Mener mor eller far har alkoholproblemer	100 000*	9,1*
	Sett foreldre beruset noen ganger i måneden eller oftere	63 000*	5,7
Barn av rusmisbrukere, 2010 [34]	Noensinne opplevd ubehag med foreldres rusbruk	95 000	9,0
	Oftre opplevd ubehag med foreldres rusbruk	42 000*	4,0
Utenlandske beregninger			
Statens folkhälsoinstitut, 2008 [36]	Sverige: Foreldre med alkoholkonsum som er risikabelt for egen helse	220 000*	20,0
	Sverige: Foreldre innlagt med rusproblemer	13 000	1,2
Statens institutt for folkehelse, 2008 [37]	Danmark: Barn som vokser opp i familier med alkoholproblemer	110 000*	10,0*
Blå Kors Tuba, 2008 [38]	Danmark: Foreldres alkoholbruk av og til et problem under oppveksten	154 000*	14,0
	Danmark: Foreldres alkoholbruk stort sett alltid et problem under oppveksten	55 000*	5,0
	Danmark: Mener foreldres alkoholbruk i "høy" eller "noen" grad påvirket dem negativt	121 000*	11,0
Christoffersen & Soothill, 2003 [40]	Danmark: Foreldre registrert med diagnoser som indikerer langvarig alkoholmisbruk	50 000*	4,5
Lieb et al., 2002 [33]	Tyskland: Foreldre har i løpet av barnets levetid kvalifisert for alkoholmisbruksdiagnose, DSM	250 000*	22,5
Grant, 2000 [41]	USA: Opplevd alkoholmisbruk i familien, DSM	275 000*	25,0
SAMHSA, 2009 [42]	USA: Alkoholmisbruk i familien siste år	124 000*	11,3
Maloney et al., 2010 [43]	Australia: Bor i husholdninger hvor risikodrikking forekommer	187 000 – 374 000*	17,0 – 34,0
Lynskey et al., 1994 [44]	New Zealand: Minst en "alkoholisert" forelder	76 000*	6,9
	New Zealand: Minst en forelder med "alkoholproblemer"	134 000*	12,2

* Tallet er ikke oppgitt i kilden. Vi har regnet det ut på bakgrunn av andre tall, for eksempel regnet mellom antall og prosent, eller tilpasset den norske befolkningsstørrelsen. I Norge er det 1,1 millioner barn under 18 år.

Med utgangspunkt i en befolkningsrepresentativ spørreundersøkelse, viser nyere beregninger fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) [31] at mellom 50 000 og 150 000 (cirka 5-14 %) barn har foreldre som drikker mye eller ruser seg ofte. Spriket i resultatet reflekterer hvordan avgrensinger og spørsmålsformuleringer påvirker hva en finner. Spør man barna selv, sier 7,7 % at far har alkoholproblemer, mens 2,7 % sier at mor har slike problemer. Forskning viser at cirka halvparten av barn med en alkoholmisbrukende mor også har en alkoholmisbrukende far [33]. Det betyr i så fall at cirka 9,1 % har minst en forelder med alkoholproblemer. Videre sier 3,9 % av norske ungdoms- og videregående-skoleelever at de har sett foreldrene beruset noen ganger i måneden, og 1,8 % at det skjer noen ganger i uka (til sammen 5,7 %). Barn som rapporterer å ha sett foreldrene beruset ofte rapporterer også flere andre problemer.

Organisasjonen Barn av rusmisbrukere (BAR) fikk i 2010 utført en spørreundersøkelse blant personer i alderen 8 til 24 år [34]. Deltagerne ble spurt om de noen gang hadde opplevd problemer eller ubehag i forbindelse med foreldrenes bruk av alkohol eller andre rusmidler. Det var 9 % som svarte ja, hvorav 4% som svarte "ja, ofte". Nesten ingen av de yngste svarte ja, noe som muligens gjenspeiler en svakhet med metoden.

2.2.2 Utenlandske beregninger

Norge er ganske sammenlignbart med Sverige når det gjelder omsetning av alkohol, mens dansker drikker betydelig mer [35]. Det svenske Folkhälsoinstitutet [36] beregner at om lag 20 % av barn bor med foreldre som drikker så mye at det utgjør en risiko for forelderens egen helse. I Danmark anslår Statens institut for Folkesundhed at cirka 10 % av barn vokser opp i familier med alkoholproblemer [37]. Danske Blå Kors [38] har fått utført en undersøkelse som viste at mellom 5 % og 14 % mente foreldrenes alkoholbruk var et problem under oppveksten, mens 11 % mente det hadde påvirket dem negativt.

Sykehusinnleggelser på grunn av alkohol eller narkotikaproblemer tyder på mer alvorlig misbruk. I Sverige har 1,2 % av barn foreldre som har vært innlagt på sykehus med slike problemer [39]. I Danmark har 4,5 % av barn foreldre som har vært innlagt for diagnoser som tyder på langvarig alkoholmisbruk, for eksempel alkoholavhengighet eller skrumplever [40].

Undersøkelser fra Tyskland [33], USA [41,42] og Australia [43] gir svært høye anslag på antallet barn med alkoholmisbrukende foreldre, men flere av disse tar utgangspunkt i alkoholmisbruk i løpet av hele livet. Det er likevel en styrke at flere av undersøkelsene er

basert på diagnoser. Beregninger fra New Zealand er mer nøkterne [44]. For ytterligere detaljer henviser vi til kildene.

2.2.3 Oppsummering

Tidligere undersøkelser har brukt forskjellige kriterier for hva som skal telles, og er derfor ikke helt sammenlignbare. Mange bygger på barnas subjektive oppfatning av foreldrenes alkoholbruk. Ingen av de norske eller skandinaviske studiene er diagnosebaserte. Flere beregninger antyder likevel at i underkant av 100 000 barn med foreldre som misbruker alkohol er et realistisk anslag for Norge, mens tallet for risikabelt forbruk muligens er dobbelt så høyt.

3 Metode og utregning

Det følgende kapitlet tar for seg metodiske betraktninger, grunnlagstall og fremgangsmåte for de utregningene vi har gjort i denne rapporten. Vi har estimert antall barn som har en eller to foreldre med en psykisk lidelse, antall barn som har en eller to foreldre som misbruker alkohol, og totalt antall barn med en eller to foreldre som har en psykisk lidelse eller som misbruker alkohol. Som nevnt vil en stor andel av befolkningen, og dermed foreldre, oppfylle diagnostiske kriterier for en psykisk lidelse i løpet av livet [8,9,45]. Vi vil derfor avgrense oss her til andelen som har hatt en lidelse i løpet av det siste året. Livstidsforekomst sier lite om belastning her og nå, mens kortere tidsintervaller enn ett år er lite brukt i forskningslitteraturen. Ettersom mange kan tilfredsstille diagnostiske krav uten å ha vesentlig funksjonstap, vil vi også gjøre beregninger justert for alvorlighetsgraden av foreldrenes lidelser.

Deler av det følgende kapitlet krever forholdsvis høye kunnskaper innen forskningsmetode. Resultatene blir presentert i det neste kapitlet.

3.1 Metodiske betraktninger

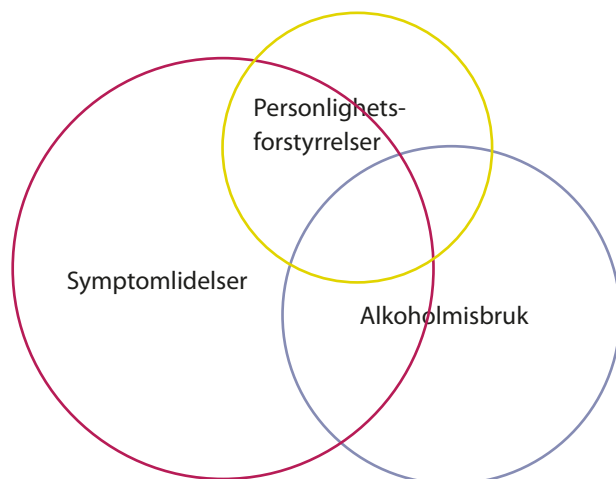
Det finnes lite forskning som direkte undersøker hvor mange barn som har foreldre med psykiske lidelser [25]. Ingen norske undersøkelser har målt antall barn av psykisk syke eller alkoholmisbrukere på befolkningsnivå. Ingen norske studier innen psykiatrisk

epidemiologi har undersøkt om respondentene har barn, og dette har heller ikke vært vanlig i utenlandske studier. Vi må derfor beregne tallene indirekte, noe som kompliserer metoden og gir større usikkerhet rundt det endelige resultatet.

Under psykiske lidelser teller vi med mentale tilstander som samsvarer med kriteriene for diagnose på en symptomidelse (akse I) eller personlighetsforstyrrelse (akse II) i henhold til diagnosemanualene DSM-IV-TR eller ICD-10. Når det gjelder alkoholmisbruk regner vi med bruksmønstre som kvalifiserer for diagnosene alkoholmisbruk eller alkoholavhengighet (F10.1, F10.2 i ICD-10; 305.00, 303.90 i DSM-IV-TR). I første omgang holder vi alkoholmisbruk atskilt fra andre psykiske lidelser.

Mange forskningsartikler tar for seg enten alkoholmisbruk, symptomidelser eller personlighetsforstyrrelser. For å gi et komplett bilde, må vi ta hensyn til den innbyrdes sammenhengen mellom forskjellige former for psykiske lidelser, som er illustrert i figur 1.

Vi tar utgangspunkt i norske, diagnosebaserte, psykiatriske, epidemiologiske undersøkelser, samt statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB) og justeringsfaktorer fra norsk og internasjonal forskning. Ettersom flere problemstillinger knyttet til psykisk helse og alkohol-



Figur 1: Omtrentlig forhold mellom personlighetsforstyrrelser, alkoholmisbruk og andre symptomidelser.

bruk ikke er tilstrekkelig studert i norske familier, vil vi i noen tilfeller justere med verdier hentet fra utlandet. For hver justeringsfaktor vil vi foreta en kort litteraturovergang og vurdere resultatene etter metodisk kvalitet og i hvilken grad resultatene kan overføres til denne problemstillingen og til norske forhold. På bakgrunn av denne vurderingen presenteres tallene vi går videre med. For hver justering vil ny usikkerhet bli tilføyd resultatet. Vi vil derfor også gjøre regnestykket med alternative verdier og se hvordan dette påvirker resultatene.

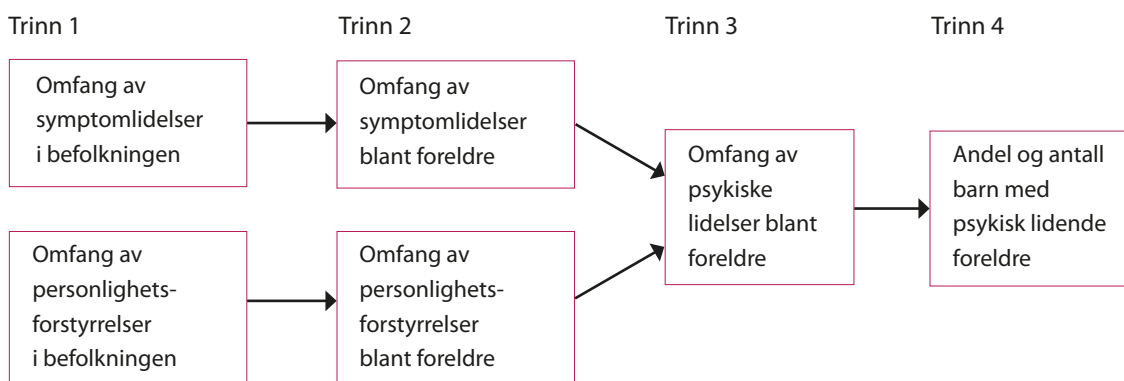
Tetrakoriske korrelasjoner (se tekstboks 1) vil i størst mulig grad bli brukt som mål på statistisk samvariasjon. Korrelasjoner viser styrken og retningen på sammenhengen mellom to fenomener, med verdier som varierer mellom -1 og +1. Ved 0 er det ingen sammenheng mellom fenomenene, mens det ved -1 eller +1 er fullstendig sammenheng. For eksempel vil en tetrakorisk korrelasjon mellom alkoholmisbruk og andre psykiske lidelser på nær 1 bety at omtrent alle alkoholmisbrukerne også er psykisk syke. En tetrakorisk korrelasjonen nær -1 vil si at omtrent ingen alkoholmisbrukere er psykisk syke. Er den tetrakoriske korrelasjonen 0 er det ingen sammenheng, og alkoholmisbruk verken øker eller minsker faren for annen psykisk sykdom. Dersom vi kjenner korrelasjonen mellom to lidelser og utbredelsen av hver av dem, kan vi regne ut andelen som har begge lidelsene eller hver enkelt av dem. Slike utregninger har vi konstruert som et script i statistikkverktøyet R.

TEKSTBOKS 1:

Tetrakoriske korrelasjoner skiller seg fra de mer brukte Pearson-korrelasjonene, som er den typen korrelasjon vi vanligvis tenker på dersom vi ikke angir noen bestemt type. Mens Pearson-korrelasjoner er laget for variabler som varierer langs en trinnløs skala, brukes tetrakoriske korrelasjoner ved dikotome ("enten-eller") data [46,47]. Den tetrakoriske korrelasjonen mellom dikotome variabler vil under bestemte forutsetninger gi samme verdi som Pearson-korrelasjonen ga for de kontinuerlige variablene, uansett hvilke terskelverdier vi velger. De skal i teorien gi samme verdi enten man ser på sammenhengen mellom milde eller alvorlige lidelser. Dette forutsetter at de underliggende variablene er normalfordelt. Ettersom psykiske lidelser har komplekse, multifaktorielle årsaker, vil den samlede sårbarheten for å utvikle en psykisk lidelse som en følge av sentralgrenseteoremet tilnærme seg normalfordeling [48-50]. Tetrakoriske korrelasjoner er derfor et nyttig verktøy for å sammenholde resultater fra undersøkelser med ulike kriterier for lidelser, med hensyn til grad av samvariasjon.

3.2 Beregning av antall barn med foreldre som har psykiske lidelser

Figur 2 viser en forenklet fremstilling av hvordan vi estimerer antall barn med en eller to foreldre med psykiske lidelser, utenom alkoholmisbruk. 1) Utgangspunktet er 12-månedersprevalens for symptomlidelser for menn og kvinner (inkludert alkohollidelser, som vanligvis er med i publiserte tall for totalomfang av



Figur 2: Forenklet flytskjema over trinn i utregningen av antall barn med psykisk syke foreldre. Tallene gjelder foreldre med minst én psykisk lidelse.

psykiske lidelser). Fra dette anslaget trekker vi fra de som kun har en alkohollidelse. 2) Forekomsten av psykiske lidelser er forskjellig blant foreldre og barnløse. Anslagene må derfor justeres for dette. Tilsvarende gjør vi med personlighetsforstyrrelser; vi finner prevalens i befolkningen og justerer til foreldregruppen. 3) Siden mange personer med personlighetsforstyrrelser også har symptomlidelser, må vi finne et tall for sammenhengen mellom lidelsene, og så justere summen av foreldre med symptomforstyrrelser og foreldre med personlighetsforstyrrelser for slik komorbiditet. 4) Noen barn har to foreldre med psykiske lidelser, og psykisk syke har en større sannsynlighet enn andre for å ha en partner som også er psykisk syk. For å finne ut hvor mange barn som har minst én forelder med en psykisk lidelse, må vi justere for omfanget av familier hvor begge foreldrene har en psykisk lidelse. Til sist multipliserer vi denne andelen med antallet barn i Norge under 18 år.

I utregningen vil vi bruke en desimal på verdier som er oppgitt i prosent, og to desimaler for korrelasjoner. Unntaket er hvis tallene er så små at flere desimaler trengs.

3.2.1 Trinn 1. Psykiske lidelser i befolkningen **12-måneders-forekomst av psykiske symptomlidelser.**

I Norge er det gjennomført diagnosebaserte undersøkelser av psykiske symptomlidelser i Oslo og i Sogn og Fjordane, publisert av Kringlen, Torgersen og Cramer [7,8]. Personer i alderen 18 til 65 år var inkludert, noe som dekker de fleste med mindreårige barn. I Oslo hadde 35,9 % av kvinner og 28,8 % av menn hatt en psykisk lidelse i løpet av det siste året [8]. I Sogn og Fjordane var forekomsten 21,0 % for kvinner og 12,0 % for menn [7]. Tallene inkluderer misbruk og avhengighet av alkohol, som i Oslo var anslått til å være 6,0 % blant kvinner og 16,4 % blant menn siste år, og i Sogn og Fjordane henholdsvis 1,5 og 4,8 %. For å få et anslag på andelen med psykiske lidelser utenom alkoholisbruk må vi trekke fra de som kun misbruker alkohol, og her må vi ta hensyn til overlappet mellom alkoholisbruk og andre psykiske lidelser. Denne sammenhengen har vi hentet fra Folkehelseinstituttets tvillingundersøkelse. Tetrakoriske korrelasjoner mellom alkoholisbruk og andre psykiske lidelser er i den undersøkelsen 0,28 for menn og 0,32 for kvinner. Dette stemmer godt overens med funn fra en amerikansk befolkningsundersøkelse (National Comorbidity Survey Replication – NCS-R) [51], der tetrakoriske korrelasjoner mellom alkoholisbruk og en rekke andre lidelser oppgis til rundt 0,30. Anvender vi denne sammenhengen på de norske resultatene får vi at 33,4 % av kvinner og 17,2 % av menn i Oslo i løpet av siste år har hatt andre psykiske lidelser enn alkoholisbruk, og at dette gjelder for 20,2 % av kvinner og

8,2 % av menn i Sogn og Fjordane. Det tas forbehold om at Kringlens undersøkelser er representative, og at sammenhengen mellom alkoholisbruk og andre lidelser kan generaliseres fra tvillingundersøkelsen.

Psykiske lidelser er mer vanlige i urbane enn i rurale strøk. Imidlertid tror vi forskjellen i prevalenser mellom Oslo og Sogn og Fjordane kan være høyere i Kringlens studier enn i virkeligheten. Som alle andre undersøkelser av utbredelse, er denne studien – innenfor bestemte sikkerhetsmarginer – gjenstand for tilfeldige svingninger. Det kan også finnes andre feilkilder, for eksempel at ikke alle deltakerne forteller om alle sine psykiske problemer, eller systematisk forskjell mellom intervjuerne. I SSBs levekårsundersøkelse er forskjellen i angst og depresjon mellom "Oslo og Akershus" og "Vestlandet" langt mindre [52]. En annen undersøkelse [53] finner omtrent samme utbredelse av angst og depresjon i Lofoten som i Oslo. Resultatene fra Oslo-undersøkelsen ligger også nær resultater for den amerikanske befolkningen [51]. Imidlertid viser epidemiologiske undersøkelser fra Nederland [9] og Finland [54] prevalenser som ligger betydelig lavere enn tallene fra Oslo-undersøkelsen. WHO-undersøkelser i et utvalg av europeiske land tilsier prevalenser som ligger mellom de fra Oslo og Sogn og Fjordane [55]. Forekomsten i Norge ligger trolig mellom resultatene fra Oslo og Sogn og Fjordane, men det er vanskelig å vite akkurat hvor. Vi antar at snittet mellom Oslo- og Sogn og Fjordane-undersøkelsene best representerer Norge som helhet. Vi får da at 26,8 % av kvinner og 12,7 % av menn i Norge har hatt en symptomlidelse i løpet av det siste året, alkoholisbruk ikke medregnet.

Forekomst av personlighetsforstyrrelser i Norge. Forekomsten av personlighetsforstyrrelser varierer mye mellom forskjellige undersøkelser [56]. Det er mulig dette skyldes at undersøkelsene i forskjellig grad vektlegger kriteriet om negative konsekvenser for å karakterisere trekk som personlighetsforstyrrelse. Det har blitt funnet svært høy forekomst av personlighetsforstyrrelser i Oslo [57], men disse tallene er trolig ikke representative for hele Norge. Folkehelseinstituttets tvillingundersøkelse dekker hele landet og indikerer at 5,2 % av menn og 6,6 % av kvinner i Norge har en personlighetsforstyrrelse. Disse tallene ligger mellom utbredelser funnet fra Storbritannia [56] og USA [58].

3.2.2 Trinn 2. Psykiske lidelser blant foreldre
Symptomlidelser blant foreldre. To forhold tilsier at forekomsten av psykiske lidelser blant foreldre kan være annerledes enn blant befolkningen forøvrig: Psykiske lidelser varierer med alder, og det er mindre sannsynlig at foreldre er psykisk syke i forhold til barnløse i samme aldersgruppe.

Aldersfordelingen blant mødre med barn under 18 år er hentet fra SSB [59]. Mødre er i snitt 37,6 år, fedre er i snitt tre år eldre (i regnestykket brukes hele fordelingen, ikke bare gjennomsnittet). Ettersom fordeling av psykiske lidelser over aldersgrupper ikke er tilstrekkelig dokumentert i Norge, forutsetter vi samme aldersgradient i Norge som i Nederland og Finland. Basert på finske og nederlandske befolkningsundersøkelser [9,54] finner vi at den aldersgruppa som er foreldre til mindreårige barn har en 5,4 % forhøyet risiko for å ha psykiske lidelser i forhold til hele den voksne befolkningen. Dette skyldes hovedsakelig lav forekomst blant de eldste, som er for gamle til å ha barn under 18 år.

Resultatene fra en norsk studie av forekomst av symptomer på angst og depresjon viste at foreldre gjennomgående har noe færre symptomer på angst og depresjon enn barnløse i samme aldersgruppe [60]. Andelen mødre med stor symptombelastning er 87,8 % av hva den er for kvinner i samme aldersgruppe uten barn. For fedre er den 82,3 % i forhold til menn i samme aldersgruppe uten barn. Dette tilsvarer tetrakoriske korrelasjoner på 0,05 for kvinner og 0,07 for menn. En tysk studie fant liknende sammenhenger mellom psykiske lidelser og foreldreskap [61]. Aldersfordelingen blant foreldrene har vi sammenholdt med barnetallfordelingen fra SSB [62] og funnet at 87 % av kvinnene og 70 % av mennene i en befolkning med samme aldersfordeling som foreldre med mindreårige barn faktisk har barn under 18 år. Justerer vi forekomstene for Norge for alder og foreldreskap finner vi at 27,3 % av mødre og 12,3 % av fedre har en symptomlidelse som ikke er alkoholrelatert.

I forhold til andre symptomlidelser, har psykotiske lidelser en sterkere innvirkning på om man får barn. En australsk studie fant at omtrent 36 % av pasienter med psykotiske lidelser hadde barn, mot 66 % av deres ikke-psykotiske søsken [63]. Færre mannlige (ca 25 %) enn kvinnelige pasienter (ca 60 %) hadde barn, trolig fordi debutalder for lidelsen er lavere for menn enn for kvinner, og de fleste pasientene med barn fikk dem før sin første psykotiske episode. Trekker vi fra andelen psykotiske som ikke får barn, får vi at 12,1 % av fedre og 27,1 % av mødre har en ikke-alkoholrelatert psykisk symptomlidelse.

Personlighetsforstyrrelser blant foreldre. Personer med personlighetsforstyrrelser har sett under ett trolig en lavere sannsynlighet for å få barn enn det andre har. Sammenhengen er vanskelig å tallfeste. En rekke studier viser betydelig sammenheng mellom personlighetsforstyrrelser og sivilstatus. Skilte og ugifte ser ut til å ha en forhøyet forekomst av personlighetsforstyr-

relser. Hvis vi bruker gifte og skilte som en tilnærming til de med barn, og ugifte som en tilnærming til de som ikke har barn, kan vi regne ut tetrakorisk korrelasjon basert på disse studiene. Basert på forskjellige studier blir tetrakorisk korrelasjon mellom å være ugift og ha personlighetsforstyrrelse -0,33 [64], -0,26 [65] eller -0,10 [58]. Dette er ikke en perfekt tilnærming, men som vi vil vise i kapittel 3.6 endres det endelige estimatet lite med variasjoner i disse korrelasjonene. En svensk studie [65] ligger nær snittet av alle studiene, og siden den er skandinavisk har den trolig god overførbarhet til norske forhold. Dersom vi bruker korrelasjonen derfra, og samme foreldreskapsfordeling som tidligere, justeres forekomsten av personlighetsforstyrrelser til 5,6 % for mødre og 3,7 % for fedre.

3.2.3 Trinn 3. Foreldre med enten personlighetsforstyrrelse eller symptomlidelser

Det er et stort overlapp mellom personlighetsforstyrrelser og symptomlidelser, og majoriteten av de med personlighetsforstyrrelser har også en symptomlidelse. Eksempelvis finner man i Folkehelseinstituttets tvillingundersøkelse at 78 % av de med en personlighetsforstyrrelse også har andre lidelser, mens tilsvarende tall i eksempelvis USA (NCS-R) er 67 % siste år [66]. En WHO-undersøkelse [67] oppgir at oddsrate for å ha symptomlidelser siste år når man har en personlighetsforstyrrelse er 5,3, noe som vi ved hjelp av andre tall i artikkelen kan regne om til en tetrakorisk korrelasjon på 0,46. Tilsvarende er det i NCS-R [66] en oddsrate på 7,4, som kan regnes om til en tetrakorisk korrelasjon på 0,57. I Folkehelseinstituttets tvillingundersøkelse er tetrakorisk korrelasjon mellom symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser 0,36. Om vi benytter den laveste eller høyeste sammenhengen, vil prevalensen av psykiske lidelser variere med i underkant av ett prosentpoeng. Vi tror den reelle sammenhengen ligger nær den høyeste. Det skyldes at studiene som har inkludert eksternaliserende lidelser trekker sammenhengene noe ned. Samtidig må vi være varsomme med å generalisere korrelasjoner fra livstidsforekomster til sammenhengen her og nå. Vitende om at det endelige resultatet påvirkes lite, går vi derfor videre med en tetrakorisk korrelasjon på 0,50. Med 27,1 % mødre med en symptomlidelse og 5,6 % med en personlighetsforstyrrelse og en slik korrelasjon, får vi at 28,9 % av mødre har enten en eller begge typer lidelse. For fedre blir 12,1 % med en symptomlidelse og 3,7 % med en personlighetsforstyrrelse til 14,1 % med minst en forstyrrelse.

3.2.4 Trinn 4. Antall barn som har foreldre med psykiske lidelser

Partnerlighet. Psykisk syke har en forhøyet sannsynlighet for å ha psykisk syke partnere [68]. Styrken på denne sammenhengen er noe usikker, men en rekke studier, inkludert norske, finner tetrakoriske korrelasjoner, eller tall som kan regnes om til tetrakoriske korrelasjoner, som varierer rundt 0,10 til 0,30, med en hovedvekt på anslag rundt 0,20 [27,69-73]. Gitt forekomsten blant mødre og fedre ovenfor og tetrakorisk korrelasjon på 0,20, får vi at 37,3 % av barn har minst én forelder som har hatt en psykisk lidelse utenom alkoholmisbruk i løpet av det siste året.

Antall barn. Per 1. januar 2010 var det registrert 1 109 156 barn under 18 år bosatt i Norge [74]. Dersom 37,3 % av disse har foreldre med psykiske lidelser tilsvarer det 410 000 barn. Tallet må ses i lys av de usikkerheter og forutsetninger som er nevnt ovenfor.

3.3 Beregning av antall barn med foreldre som misbruker alkohol

Figur 3 viser fremgangsmåten for beregningen av antallet barn av alkoholmisbrukere. Vi tar utgangspunkt i norske epidemiologiske undersøkelser av andel personer som kvalifiserer for diagnosene alkoholmisbruk eller alkoholavhengighet. Deretter beregner vi andel foreldre som misbruker alkohol, og til sist antall barn av alkoholmisbrukere. Tall fra SSB og fra norsk og internasjonal forskning kommer inn som justeringsfaktorer.

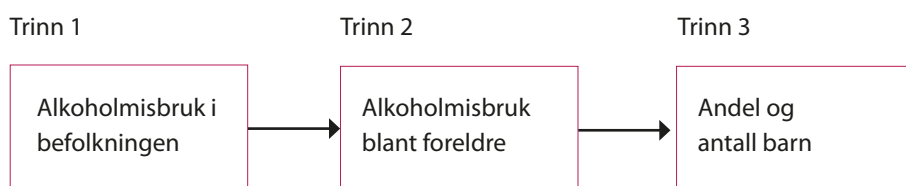
3.3.1 Trinn 1. Andel alkoholmisbrukere i Norge

Som for estimatet av psykiske lidelser, tar vi utgangspunkt i diagnosebaserte studier fra Oslo og Sogn og Fjordane [7,8]. Forekomsten av alkoholmisbruk siste år blant menn i alderen 18 til 65 år var 16,4 % i Oslo og 4,8 % i Sogn og Fjordane. For kvinner var tallene henholdsvis 6,0 % og 1,5 %. Utbredelsen i Norge ligger trolig et sted mellom dette, og forekomsten fra disse fylkene må justeres for å representere landet som helhet. Vi har kalibrert forekomsttallene fra de to fylkene mot andelen alkoholrelaterte dødsfall og

innbyggertall i forskjellige fylker [75,76]. I et fylke hvor en lavere andel dør av alkohol enn i Oslo, antar vi at en tilsvarende lavere andel misbruker alkohol. Vi forutsetter dermed en lineær sammenheng mellom alkoholmisbruk og alkoholrelatert dødelighet. Møre og Romsdal har den laveste andelen dødsfall tilskrevet alkoholrelaterte årsaker, mens Finnmark har den høyeste. Beregnede forekomsttall for hele landet basert på data fra Oslo blir da justert ned, mens tallene basert på Sogn og Fjordane blir justert opp. Eksempel: I Oslo misbruker 16,4 % av menn alkohol, mens dødeligheten av alkoholrelaterte årsaker for menn i Norge totalt er 64,2 % av hva den er i Oslo. Dermed regner vi ut at $16,4 \% \cdot 64,2 \% = 10,5 \%$ av menn i Norge misbruker alkohol. Misbrukstallet for menn fra Sogn og Fjordane justeres med dødelighetsstatistikk opp til 6,0 % for Norge som helhet. For kvinner justeres Oslo-tallet ned til 3,8 %, og Sogn og Fjordane-tallet opp til 2,2 %. Justeringene gjør at tallene nærmer seg hverandre, men det er fremdeles sprik i anslagene.

Det reelle tallet for Norge ligger trolig et sted mellom de justerte estimatene. Ettersom det er usikkert hvordan undersøkelsene fra Oslo og Sogn og Fjordane bør vektlegges, bruker vi videre gjennomsnittet av de justerte forekomstene. Vårt beste anslag på andel nordmenn mellom 18 og 65 år som tilfredsstiller kriteriene for alkoholmisbruks- eller alkoholavhengighetsdiagnose er dermed 8,2 % av menn og 3,0 % av kvinner. Vi tror denne justeringsmetoden er bedre enn å regne ut gjennomsnittet av prevalensene fra Oslo og Sogn og Fjordane.

Anslagene er usikre, men passer godt overens med andre beregninger som viser at 7,5 % av menn og 2,6 % av kvinner i Norge drikker "hardt" [77]. Tallene vi har regnet ut er også nokså like finske prevalenser [54], og som forventet noe lavere enn tall fra Nederland [9]. Tallene er høyere enn SIRUS' [78,79] anslag på antall "stordrikkere" i Norge, som anslås å være mellom 80 000 og 120 000 (2,1-3,2 %) personer over 15 år. Imidlertid er kravene som stilles for "stordrikkere" antakeligvis strengere enn det som kreves for en misbruksdiagnose. Stordrikkerne må ha et daglig gjennomsnittsforgbruk på 6 alkoholenheter for kvinner



Figur 3: Forenklet flyskjema over trinn i utregningen av antall barn med foreldre som misbruker alkohol.

og 8 alkoholenheter for menn, og slike mengder vil vanligvis medføre betydelige problemer.

3.3.2 Trinn 2. Andel foreldre som misbruker alkohol

Foreldre med mindreårige barn har en lavere sannsynlighet for å misbruke alkohol enn gjennomsnittet av befolkningen. Dette skyldes delvis at mange tidlig i tjueårene har et høyt alkoholkonsum som de kutter ned før de blir foreldre, og at foreldre, uavhengig av alder, misbruker alkohol sjeldnere enn barnløse [80,81]. Tallene må derfor justeres for alder og foreldreskap.

Det er en sterkere aldersgradient for alkoholmisbruk enn det er for eksempelvis angst- og depresjonsdiagnoser. Forekomsten av alkoholmisbruk er derfor justert etter amerikanske [82] og nederlandske [9] tall på sammenhengen mellom alder for alkoholmisbruk. Aldersgradientene er nokså like i USA og Nederland, og vi bruker gjennomsnittet av disse. Estimaten for en befolkning med samme aldersfordeling som menn og kvinner med barn under 18 år blir da 7,3 % for menn og 3,0 % for kvinner.

For å ta høyde for at folk som er foreldre misbruker alkohol sjeldnere enn barnløse med samme kjønn og alder, må vi vite hvor sterk sammenheng det er mellom alkoholmisbruk og foreldreskap. Vi har benyttet data-materiale fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT-2) [83,84] for å undersøke dette. Vi har vektet datamaterialet til å gjenspeile en befolkning med samme aldersfordeling som foreldre som har barn i alderen 0-17 år. Mødre hadde en relativ risiko på 0,57 for å misbruke alkohol versus jevnaldrende kvinner uten barn, og fedre hadde en relativ risiko på 0,69 for å misbruke alkohol versus jevnaldrende menn uten barn. Disse tallene stemmer bra overens med anslag fra Finland (relativ risiko: 50 %) [85] og Australia (odds-rate: 0,73) [43]. Tallene fra HUNT tilsvarer for menn en tetrakorisk korrelasjon på 0,12 og for kvinner en tetrakorisk korrelasjon på 0,14 mellom barnløshet og alkoholmisbruk. Når vi sammenholder prevalenser, andel med og uten barn og de tetrakoriske korrelasjonene for at alkoholmisbrukere er barnløse, får vi at 2,8 % av mødre og 6,4 % av fedre med barn i alderen 0 til 17 år misbruker alkohol.

3.3.3 Trinn 3. Antall barn med alkohol-misbrukende foreldre

Partnerlikhet. Noen barn har to foreldre som misbruker alkohol. Partnere ligner ofte på hverandre med hensyn til alkoholbruk, så den statistiske sammenhengen mellom foreldrenes alkoholbruk må tallfestes. I internasjonale studier med forskjellige metoder varierer sammenhengen, målt som tetrakorisk korrelasjon,

mellom 0,37 og 0,63 [33,86-89]. Vi har noen steder regnet ut disse korrelasjonene fra tall i tabellene i artiklene. Det er verdt å merke seg at med sprik av denne størrelsen blir ikke avviket i det endelige resultatet stort større enn et halvt prosentpoeng om vi benytter den høyeste eller den laveste sammenhengen. I Norge er korrelasjonen mellom ektefeller funnet å variere rundt 0,45 til 0,50 etter hvor lenge ekteskapet har vart [71], og i upubliserte data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT-2) finner vi at foreldre med tenåringsbarn har en tetrakorisk korrelasjon for alkoholmisbruk på 0,48. Bruker vi sammenhengen fra Nord-Trøndelag, som også ligger nær snittet av i de andre studiene, får vi at 8,3 % av barn har minst en forelder som misbruker alkohol.

Antall barn. Med om lag 1,1 millioner barn i Norge under 18 år får vi, med forutsetningene nevnt ovenfor, at cirka 90 000 barn under 18 år har en forelder som har misbrukt alkohol siste år.

3.4 Antall barn med foreldre som har psykiske lidelser eller som misbruker alkohol

Om lag 410 000 barn har foreldre med en psykisk lidelse og 90 000 har foreldre som misbruker alkohol. For å få tall på hvor mange barn dette gjelder samlet sett, må vi ta hensyn til overlappet mellom alkoholmisbruk og andre psykiske lidelser. Forekomsten av alkoholmisbruk blant foreldre blir satt sammen med andre symptomtilstander ved hjelp av samme komorbiditytall som ble brukt tidligere (avsnitt 3.2.1). Deretter følger de samme utregningstrinnene med de samme parametrene som tidligere beskrevet. Partnerlikhetskoeffisienten vektet for den relative utbredelsen av alkoholmisbruk og andre psykiske lidelser. Forutsetningene er ellers de samme som i de foregående beregningene. Vi får da at 40,5 % av alle barn under 18 år har en mor eller en far som er psykisk syk eller misbruker alkohol, noe som tilsvarer om lag 450 000 barn. Dette er betydelig mindre enn summen av de to enkelte estimatene, hvilket vil si at alkoholproblemer i betydelig grad finnes i de samme familiene som har andre psykiske lidelser.

3.5 Psykisk sykdom etter alvorlighetsgrad

Tallet på 450 000 barn er trolig ikke egnet til å identifisere en høyrisikogruppe. Tallet reflekterer forekomst siste år, hvilket betyr at enda flere barn på et eller annet tidspunkt i oppveksten opplever at foreldrene er psykisk syke. Australske tall tyder på at det kan gjelde en majoritet [27]. Det å ha en forelder som tidvis opplever psykiske vansker må med andre ord kunne sies å være en vanlig livsbelastning. I estimatet er alle slags psykiske lidelser inkludert. Alle psykiske lidelser er imidlertid ikke like alvorlige eller medfører like stor risiko for å påvirke barna. For eksempel kan en enkel fobi eller moderat sosial angst som grenser mot vanlig sjenanse være plagsomt for forelderen selv, men i begrenset grad skade barna. Vi vil derfor gå litt nærmere inn i variasjoner i alvorlighetsgrad, og se hvordan personer som tester positivt for en psykisk lidelse fungerer i det daglige.

I amerikanske NCS-R er det undersøkt i hvilken grad psykiske lidelser går ut over daglig fungering [51]. Det blir skilt mellom milde, moderate og alvorlige psykiske lidelser. Lidelser som psykose, bipolar lidelse eller rusmiddelavhengighet blir minimum klassifisert som moderat alvorlige. Andre lidelser blir klassifisert som minst moderat alvorlige dersom de medfører selvmordstanker, begrenset arbeidsevne, gjentatt voldsbruk eller begrenset fungering på minst to av følgende livsområder: arbeid, hushold, sosialt liv og parforhold. Ut fra diagnostiske kriterier innebærer alle personlighetsforstyrrelser svekket funksjonsevne. Alle psykoser og bipolare lidelser blir klassifisert som alvorlige. For rusavhengighet er det egne kriterier som avgjør om funksjonsforstyrrelsen blir vurdert til moderat eller alvorlig. Andre lidelser blir klassifisert som alvorlige dersom de medfører seriøse selvmordsforsøk, arbeidsuførhet eller vesentlig begrenset arbeidskapasitet, gjentatt voldsbruk eller at man mer enn 30 dager per år ikke kan fungerer i de nevnte rollene [51].

Alvorlighetsgrad varierer mye mellom forskjellige lidelser. Av de som kun kvalifiserer for én diagnose regnes 59 % å ha milde lidelser, mens kun 7 % av de som kvalifiserer for tre eller flere diagnoser regnes for å ha milde lidelser. Totalt sett opplever 40,4 % av mennesker med psykiske lidelser bare milde lidelser. Dersom relativt omfang av diagnostisering av milde lidelser varierer mellom USA og Norge kan det bli feil å bruke tall fra USA. Imidlertid er prevalensene i NCS-R nokså like våre egne, og en generalisering av alvorlighetsfordelingen vil trolig ikke gi betydelige feil.

Dersom vi i første trinn i regnestykket for antall barn med psykisk syke foreldre tar vekk de av lidelsene som regnes som milde fra totalprevalensene, og ellers holder alle parametre uendrede gjennom alle trinnene i beregningsprosedyrene beskrevet i dette kapittelet, får vi at 23,1 % eller 260 000 barn har foreldre med i det minste en moderat alvorlig psykisk lidelse, det vil si med psykiske problemer som går ut over daglig fungering. Bruker vi de amerikanske tallene for alvorlighet av alkoholmisbruk, får vi at 6,5 %, eller 70 000 barn, har foreldre med et betydelig alkoholmisbruk. Sett under ett får vi at 26,5 %, eller 290 000 barn har foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk som går ut over daglig fungering.

I NCS-R har 22,3 % av de med akse I-lidelser alvorlige lidelser [51]. Dersom vi bruker denne andelen og andelen personlighetsforstyrrelser som kan antas å være gjennomgripende ("pervasive") (66,7 %) [90], og dersom vi ellers holder alt likt som i regnestykket over, får vi at 10,4 % av barn, eller cirka 115 000 har minst en forelder med en alvorlig psykisk lidelse, 2,7 % eller cirka 30 000 barn har minst en forelder med alvorlig alkoholmisbruk, og 12,2 % eller cirka 135 000 barn har minst en forelder med en alvorlig psykisk lidelse eller et alvorlig alkoholmisbruk. Usikkerheten i beregningene øker imidlertid fra forrige trinn, ettersom hver ny justeringsfaktor legger til ny usikkerhet. Med sterkere justering stilles strengere krav til oppfylling av de underliggende statistiske forutsetningene for de tetrakoriske korrelasjonene, slik at de kan generaliseres mellom alvorlighetsgrader. Beregningene av antallet barn med foreldre med alvorlige lidelser er derfor de minst sikre.

3.6 Usikkerhet

Som nevnt er det usikkerhet knyttet til de forskjellige korrelasjonene, og dette bringer usikkerhet inn i alle tallene vi har beregnet. Vi har derfor kjørt regnestykkene gjentatte ganger med alternative korrelasjoner. Alle korrelasjonene er etter tur blitt forsøkt hevet eller senket med verdien 0,1. Vi har riktignok ikke endret retning på korrelasjoner, det vil si at en korrelasjon som ville krysset grensen over 0 er satt til 0. Vi mener 0,1 rommer de realistiske usikkerhetsmarginene, og når vi bruker denne usikkerhetsmarginen for hver enkelt korrelasjon, får vi resultater som spenner mellom 424 000 og 464 000 for det totale antallet (inkludert både psykiske lidelser og alkoholmisbruk). Tallet for psykiske lidelser spenner mellom 386 000 og 429 000, mens tallet for alkoholmisbruk spenner mellom 82 000 og 100 000. Vi kan også øke eller minske alle korrelasjonene samtidig, slik at tallet blir så stort eller så lavt

som mulig. Sannsynligheten for at alle korrelasjonene skulle være maksimalt feilanslått i samme retning er ekstremt liten. Legger vi likevel dette til grunn er tallet for psykiske lidelser minst 359 000 og maks 459 000, mens det for alkoholmisbruk ligger mellom 79 000 og 103 000, og totalt mellom 396 000 og 492 000. Beregningene er oppsummert i tabell 3. I tabellen står også variasjonsbredden for tallene som er justert for alvorlighetsgrad. Ved realistiske variasjoner i korrelasjonene varierer altså estimatet relativt lite, og vi tror det er langt større usikkerhet i tallene knyttet til andre metodiske forhold. Det ville for eksempel gjort større

utslag om vi startet med andre prevalenstall (enn Kringlens) eller benyttet en annen utregningsmodell eller annen definisjon og avgrensing av psykiske lidelser. Grunnen til at noen av usikkerhetsmarginene er større for psykiske lidelser enn totalsummen, er at det er et ekstra usikkerhetsmoment knyttet til psykiske lidelser, nemlig korrelasjonen mellom alkoholmisbruk og andre psykiske lidelser. Undersøkelsene vi bruker som grunnlag oppgir totalsummen av psykiske lidelser og alkoholmisbruk, så forekomsten av psykiske lidelser unntatt alkoholmisbruk må vi regne oss tilbake til (jmfør avsnitt 3.2.1).

Tabell 3: Antall barn med foreldre som har en psykisk lidelse eller som misbruker alkohol. Oppsummering av resultatene etter alvorlighetsgrad og variasjonsbredde i estimatene, etter om man varierer en og en korrelasjon, eller alle samtidig.

	Punkt- estimat	En og en korrelasjon opp- eller nedjusteres	Alle korrelasjoner opp- eller nedjusteres
Diagnostiserbart			
Psykisk sykdom	414 000	386 000 – 429 000	359 000 – 459 000
Alkoholmisbruk	92 000	82 000 – 100 000	79 000 – 103 000
Totalt	449 000	424 000 – 464 000	396 000 – 492 000
Moderat alvorlig			
Psykisk sykdom	256 000	238 000 – 266 000	215 000 – 291 000
Alkoholmisbruk	72 000	63 000 – 79 000	62 000 – 81 000
Totalt	294 000	277 000 – 303 000	250 000 – 330 000
Alvorlig			
Psykisk sykdom	116 000	107 000 – 120 000	94 000 – 134 000
Alkoholmisbruk	30 000	26 000 – 34 000	25 000 – 34 000
Totalt	135 000	127 000 – 140 000	111 000 – 156 000

4 Oppsummering av resultatene

Vi har beregnet hvor mange barn som har en eller to foreldre som er psykisk syk eller misbruker alkohol: 410 000 (37,3 %) barn har en eller to foreldre som i løpet av det siste året har oppfylt diagnostiske kriterier for en psykisk lidelse utenom alkoholmisbruk. Dette inkluderer symptomlidelser og personlighetsforstyrrelser. For alkoholmisbruk er tallet 90 000 (8,3 %). Totalt antall barn som har minst én forelder som i løpet av det siste året har oppfylt diagnostiske kriterier for psykiske lidelser, inkludert alkoholmisbruk, er 450 000 (40,5 %).

Tallene er ikke nødvendigvis egnet for å identifisere en høyrisikogruppe. Vi har derfor estimert hvor mange barn som har foreldre med psykiske lidelser som må antas å medføre svekket funksjonsevne. Vi får da at cirka 260 000 barn har foreldre med en slik psykisk lidelse, 70 000 barn har foreldre med et slikt alkoholmisbruk, og totalt 290 000 barn har foreldre med en psykisk lidelse eller et alkoholmisbruk som går ut over daglig fungering. Legger vi lista høyere og kun ser på de alvorligste lidelsene, får vi at 115 000 barn har

foreldre med alvorlige psykiske lidelser utenom alkoholmisbruk, 30 000 barn har foreldre med alvorlig alkoholmisbruk, og totalt 135 000 barn har foreldre med alvorlige psykiske lidelser inkludert alkoholmisbruk. Resultatene er oppsummert i tabell 4.

Tallene er avhengige av definisjonen av psykiske lidelser som ligger til grunn, og måten utbredelsen av disse er blitt målt i undersøkelsene til Kringlen og medarbeidere [7,8]. Tallene hviler på bestemte metodiske forutsetninger, som kan ha resultert i visse forskyvninger av resultatene dersom forutsetningene er brutt. Det er også noe usikkerhet knyttet til i hvilken grad resultater fra undersøkelser i andre land lar seg generalisere til den norske befolkningen. Det er større prosentvis usikkerhet knyttet til estimatene med høyere alvorlighetsgrad. Tallene utgjør ikke noen fasit, men de representerer vår beste beregning ut fra tilgjengelig litteratur og de avgrensinger som er foretatt.

Tabell 4: Antall og andel barn med foreldre som har diagnostiserbare, moderate eller alvorlige psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Oppsummering av resultatene.

	Psykiske lidelser (%)	Alkoholmisbruk (%)	Totalt (%)
Diagnostiserbart	410 000 (37,3)	90 000 (8,3)	450 000 (40,5)
Moderat eller alvorlig	260 000 (23,1)	70 000 (6,5)	290 000 (26,5)
Alvorlig	115 000 (10,4)	30 000 (2,7)	135 000 (12,2)

5 Diskusjon av de beregnede tallene

5.1 Sammenligning med tidligere undersøkelser

5.1.1 Psykiske lidelser

Estimatet på at 450 000 barn, eller 40,5 %, har en forelder som har hatt en psykisk lidelse eller som har misbrukt alkohol det siste året, kan virke høyt. Likevel stemmer dette godt overens med tall fra Nederland [24], hvor tilsvarende tall er 35,6 %, da uten at personlighetsforstyrrelser er regnet med. I Australia [26] er et lignende tall 23 %, der verken alkoholmisbruk eller personlighetsforstyrrelser er medregnet. At vårt tall blir noe høyere skyldes at vi har inkludert flere diagnosegrupper. Fra før vet vi at omtrent mellom 30 % og 50 % av befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet (inkludert alkoholmisbruk), og mellom 15 % og 30 % i løpet av et år [7-9,13,45]. Ut fra dette sier det seg selv at også mange foreldre rammes. I løpet av hele oppveksten vil mange barn, kanskje en majoritet, oppleve psykiske lidelser blant foreldrene i større eller mindre grad. Psykiske lidelser er altså ikke begrenset til en spesiell gruppe, men angår svært mange familier. Mildere psykiske plager må derfor anses som en nokså normal del av livet.

Ikke alle lidelser er like alvorlige. Eksempelvis trenger ikke enkel fobi eller lett sosial angst å påvirke ens funksjonsevne i videre grad, og slett ikke ens omsorgsevne eller rolle som forelder. Også etter justering for alvorlighetsgrad er det mange barn, rundt 290 000, som har foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk som antakelig påvirker deres funksjonsevne, og i størrelsesorden 135 000 barn har foreldre med alvorlige psykiske lidelser, inkludert alvorlig alkoholmisbruk. Tallet på alvorlige lidelser ligger dermed svært nært den upubliserte utregningen sitert i offentlige dokumenter [16-21], og i forhold til tallet for diagnostiserbare lidelser ligger tallet for alvorlige lidelser også betydelig nærmere tallet fra den norske pasienttellingen, som viser at 65 000 barn har foreldre som får behandling for et psykisk problem [14]. At vårt tall er høyere er som forventet. De fleste med diagnostiserbare problemer søker verken hjelp eller får behandling [13]. Det er mulig slike pasienttelling er tilstrekkelig for å kartlegge de alvorligste tilfellene. Selv om det

ikke er noe én-til-én-forhold mellom alvorlighetsgrad og behandlingssøking, bør vi kunne anta at de behandlede lidelsene ofte er alvorlige. Vårt anslag er likevel omtrent dobbelt så høyt som tallet fra pasienttellingen. Det er interessant å merke seg at blant de med de mest alvorlige symptomene er det bare om lag halvparten som søker hjelp [91]. "Mørketallene" synes i alle fall å være store.

5.1.2 Alkohol

Anslaget vårt på 90 000 barn med foreldre som misbraker alkohol er innenfor SIRUS' anslag på 50 000 til 150 000 [31]. Det stemmer også godt overens med andelen i samme rapport som mente at deres mor eller far hadde problemer med alkohol. I SIRUS-undersøkelsen mente 7,7 % at deres far hadde alkoholproblemer, mens 2,7 % mente at deres mor hadde alkoholproblemer. Vi finner at 6,4 % av fedre og 2,8 % av mødre har diagnostiserbare alkohollidelser. Det er en klar styrke at vi finner så like tall gjennom bruk av forskjellige metoder. Tallene stemmer også overens med resultatene fra en spørreundersøkelse utført for organisasjonen Barn av rusmisbrukere, hvor det ble funnet at 95 000 barn og unge noensinne har opplevd ubehag knyttet til foreldrenes rusbruk, til tross for at de har annerledes spørsmålsformulering og målgruppe.

At alkoholmisbrukstillene våre er lavere enn anslagene fra Hansen [32] (160 000 til 230 000 barn i Norge) og det svenske Folkhälsoinstitutet [36] (20 % - 220 000 barn i Norge) er som forventet, siden disse undersøker forbruk som kan være helseskadelig for forelderen selv, og et slikt forbruk åpenbart er mer utbredt enn diagnostiserbart alkoholmisbruk.

Etter vår vurdering gir tidligere undersøkelser god støtte for at det faktiske antallet barn med foreldre som misbraker alkohol ligger rundt 90 000. Det er også verdt å merke seg resultatene som viser at en betydelig andel av foreldrene som misbraker alkohol også har andre psykiske lidelser.

5.2 Usikkerhet knyttet til metode

Beregningene av usikkerhet viser at selv om vi gjør relativt store endringer i de ulike korrelasjonskoeffisientene som inngår i utregningene, endres ikke resultatene drastisk. Det betyr at i de tilfellene hvor vi har brukt samvariasjonstall fra utlandet, som kanskje ikke er fullt gyldige for Norge, har det neppe påvirket resultatene mye. Samvariasjonsmålene er hentet fra Norge, Sverige, Finland, Nederland og USA. Disse landene er ikke vesensforskjellige fra Norge med tanke på hva som kan påvirke psykiske lidelser og alkoholforbruk.

Det som bidrar mest til det endelige resultatet er prevalensene vi startet med, altså de som er publisert av Kringlen og medarbeidere [7,8]. Vårt estimat er derfor gjenstand for de samme styrker og svakheter som de nevnte undersøkelsene. Som nevnt ovenfor stemmer resultatene likevel godt overens med utenlandske studier, hvilket støtter bruken av dem. Likevel må det regnes som en ulempe for presisjonen i estimatene at det ikke finnes flere diagnosebaserte undersøkelser av hvor vanlige psykiske lidelser er i Norge. Studiene er også etter hvert noen år gamle, og forekomsten kan ha endret seg siden da, selv om vi ikke har sterke holdepunkter for at utbredelsen av psykiske lidelser i befolkningen faktisk er endret [13].

Ettersom psykisk syke og alkoholmisbrukere noe mindre sannsynlig deltar i helseundersøkelser [92,93] vil eventuell underrepresentasjon i Kringlens undersøkelser ha senket våre anslag. Kringlen har heller ikke inkludert atferdsforstyrrelser eller impulsforstyrrelser i grunnlagstallene, noe både NCS-R [51] og WHO [67] gjør. Imidlertid har vi inkludert personlighetsforstyrrelser, og vi tror de fleste voksne som kvalifiserer for lidelser som Kringlen ikke har inkludert fanges opp av andre akse I- eller akse II-diagnoser. Resultatene forutsetter også at Oslo og Sogn og Fjordane er representative for hele landet.

I motsatt retning kan falske positive ha gjort anslaget i Kringlens undersøkelser noe høyt: Jo flere lidelser man tester for, desto høyere er sannsynligheten for falske positive, noe som er en svakhet ved testene man bruker. Selv om de falske positive mest sannsynlig har en viss symptombelastning, vil det totale anslaget for psykiske lidelser bli noe for høyt. Dette forholdet gjelder i hovedsak de høyeste tallene, altså de for diagnostiserbare lidelser. Tallene som er justert for alvorlighetsgrad er mindre preget av falske positive, ettersom de falske positive har størst sannsynlighet for å havne i gruppa med "milde" lidelser. Dessuten er forholdet mellom diagnostiserbare lidelser og en personenes

fungering i NCS-R er målt med ett måleinstrument, og bidrar derfor ikke med falske positive i særlig grad

De tetrakoriske korrelasjonene er basert på resultater for psykiske lidelser eller plager som ikke nødvendigvis er helt sammenliknbare med diagnostiske lidelser, og resultatene gjelder til dels for andre land. For at slike korrelasjoner skal gi helt korrekte resultater gjelder også bestemte statistiske forutsetninger, som ikke nødvendigvis er fullt oppfylt. Derfor kan vår bruk av tetrakoriske korrelasjoner teoretisk sett kanskje være et svakt ledd i beregningsprosedyren. Tetrakoriske korrelasjoner er likevel mer generaliserbare enn andre samvariasjonsmål. Korrelasjonene er også hentet fra flere forskjellige undersøkelser, som er vurdert opp mot hverandre, og i praksis viser resultatene at forholdsvis store endringer i korrelasjonsverdiene betyr lite for sluttresultatet.

5.3 Begrensninger

Tallene inkluderer alle foreldre, også de som ikke bor med barna. For eksempel kan en del fraskilte fedre med alkoholproblemer i praksis ha lite omsorgsansvar for barna sine. Det kan være at disse barna i mindre grad påvirkes av foreldrenes problemer, og at antallet utsatte barn er lavere enn utregningene viser. Samtidig har mange barn nær kontakt med foreldrene selv om de ikke bor sammen. Psykiske lidelser eller alkoholproblemer kan også ha medvirket til at foreldre og barn ikke bor sammen. Selv om barnet ikke bor sammen med den syke forelder kan forelderens vansker ha påvirket barnet gjennom fortsatt kontakt, i tillegg til at barna kan ha arvet en sårbarhet. Det ville selvsagt være av interesse å vite hvor mange psykisk syke foreldre som har full omsorg for sine barn. Det ville også vært interessant å vite hvor mange barn som er uten en psykisk frisk omsorgsperson. Å gjøre slike beregninger vil måtte bygge på en helt annen metode, og er dessverre utenfor rammen av dette prosjektet.

En psykisk lidelse hos en av foreldrene går ikke nødvendigvis ut over barna. En del foreldre har lettere typer lidelser, som er plagsomme for personen selv, men i liten grad går ut over omsorgsevnen. Størrelsen på tallene viser at psykiske lidelser blant foreldrene er et problem i mange familier. Det gjelder selv om vi kun regner med de alvorligste tilfellene. Det er derfor behov for å kartlegge hvilken risiko barn i disse familiene har for å oppleve forskjellige negative konsekvenser. Neste del av rapporten tar for seg nettopp dette.

DEL 2: Konsekvenser



6

Fremgangsmåte og metode for litteraturgjennomgangen

6.1 Om fremgangsmåte og risikoestimer

I første del av rapporten ble det beregnet hvor mange barn som har en eller to foreldre som har en psykisk lidelse eller misbruker alkohol. Denne delen tar for seg hvilke konsekvenser dette kan ha for barna. Det å behandle barn av psykisk syke som én gruppe er en forenkling. Psykiske lidelser dekker svært ulike tilstander, og konsekvensene for barna er trolig avhengig av hvilken psykisk lidelse forelderen har. I den følgende gjennomgangen er det likevel nødvendig å følge inndelingene som er gjort i tidligere forskning. Mange tidligere studier har sett på konsekvenser for barn av psykisk syke eller alkoholmisbrukende under ett. Vi vil derfor først oppsummere litteraturen om risiko for negative følger for barn av psykisk syke eller alkoholmisbrukende foreldre. Deretter vil vi gå gjennom litteraturen som har sett spesifikt på hvilke følger foreldres alkoholmisbruk kan ha for barn.

Mange barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholproblemer vil oppleve hyppige negative hendelser i hverdagen som isolert sett er mindre alvorlige, men som i sum kan gi en vedvarende og negativ belastning for barna. Det er imidlertid vanskelig å identifisere risikoen for denne formen for mistriivsel. Vi vil derfor i den følgende litteraturgjennomgangen forholde oss til mer isolerte, alvorlige konsekvenser, slik som risiko for at barna skal oppleve mishandling, omsorgssvikt, tidlig død, negative livshendelser og psykiske lidelser. I tillegg vil vi komme inn på følger av medikamentbruk og alkoholbruk under svangerskapet.

Tidligere undersøkelser har rapportert forskjellige typer risikoestimer. Vi har valgt å behandle både relativ risiko og oddsrate som relativ risiko, ettersom det gir tilnærmet riktige verdier for relativt sjeldne utfall (se tekstboks 2). Det store antallet risikoestimer er sammenfattet ved å regne ut median-verdien der samme type utfall er undersøkt. Median-verdien er den "midterste" verdien, som definerer at halvparten av tallene er lavere, og den andre halvparten høyere. Medianen vil gi en god indikator for faktisk risiko, uten at ekstreme resultater påvirker anslaget.

Vi vil i tillegg se på risiko på befolkningsnivå (kapittel 9). Tilskrivbar andel i befolkningen er et mål på hvor stor del av sykdom, dødsfall eller andre utfall i befolkningen som kan tilskrives en bestemt risikofaktor. Tilskrivbar risiko i befolkningen tar hensyn til hvor vanlige forskjellige utfall er, og viser hvor stor del av befolkningen som opplever sykdom, dødsfall eller andre utfall som kan tilskrives en bestemt faktor. I vårt tilfelle er denne faktoren psykisk sykdom eller alkoholmisbruk blant foreldrene. Disse tallene måler opphopning av risiko, men ikke nødvendigvis årsak.

Barn som vokser opp i familier hvor en eller begge foreldre har en psykisk lidelse eller et alkoholmisbruk har sammenlignet med andre barn en forhøyet risiko for å få det vanskelig og oppleve negative utfall. I diskusjonen i kapittel 10 kommer vi inn på årsakene til dette.

TEKSTBOKS 2:

Det finnes flere typer risikoestimer (oddsrate, insidensrisikorater eller relativ risiko), og det varierer hvilke av disse som er brukt i de ulike studiene. De angir alle en forhøyet sannsynlighet for at et utfall skal forekomme i en gruppe i forhold til en annen gruppe. For enkelhets skyld vil alle risikoestimer bli referert til som relativ risiko (RR), da oddsrate og insidensrisikorater for hendelser som forekommer sjelden vil gi omtrent samme verdi som en relativ risiko.

6.2 Metodiske aspekter ved eksisterende litteratur

Litteraturen som omhandler risiko for at barn av psykisk syke eller alkoholmisbrukende foreldre skal oppleve alvorlige følger er omfangsrik. Mengden studier av høy kvalitet er mer begrenset. Studiene bruker forskjellige typer utvalg og instrumenter for å måle lidelser og konsekvenser. Grovt sett er det tre typer studier som er mye brukt i denne sammenhengen: kliniske studier, befolkningsstudier og registerstudier. Fordeler og ulemper ved hver enkelt

av dem blir beskrevet i det følgende. I den videre gjennomgangen vil vi vektlegge resultatene av studier med gode metodiske kvaliteter, som store utvalg, representative utvalg, og bruk av enten diagnosebaserte intervjuer eller validerte mål på psykiske lidelser.

Kliniske studier har ofte som mål å vurdere virkningen av hjelpetiltak. Data fra slike studier kan blant annet brukes til å undersøke vansker blant barn av foreldre som blir behandlet for en lidelse. Slike studier er rike på informasjon om hver deltager, men har vanligvis få deltagere, og de gir dermed mer usikre statistiske beregninger. Et annet problem er at de som får behandling ikke nødvendigvis representerer alle med problemet man forsker på. For dem som trenger og ønsker behandling er det en rekke "flaskehals" og de som oppnår behandling vil på mange måter skille seg systematisk fra de ubehandlede [13]. I klinikken vil man ofte finne de som er hardest rammet, og mange vil ha mer enn én psykisk lidelse, og gjerne annen tilleggsproblematikk. Dersom samtidige vansker ikke er kartlagt i de kliniske studiene, kan man ikke vite hva som forårsaker vanskene man eventuelt observerer hos barna. Eksempelvis kan det være at problemer blant barn av alkoholmisbrukere delvis skyldes komorbide lidelser.

Registerstudier er basert på registre med informasjon om et stort antall mennesker, for eksempel offentlige helseregistre. De kan gi oversikt over hele befolkningen. Det store omfanget gir langt bedre statistisk kontroll enn kliniske studier. Imidlertid har slike registre ofte mindre detaljert informasjon om hver person og fanger bare opp et smalt spekter av psykiske lidelser. Helseregistrene fanger bare opp innleggelse eller poliklinisk behandling. Mange som sliter med alkoholmisbruk eller andre psykiske lidelser oppsøker aldri helsevesenet for å få hjelp, og vil derfor verken være med i registerstudier eller kliniske studier. Derfor kan det også være problematisk å generalisere funn fra registerstudier til resten av befolkningen.

Gjennom befolkningsundersøkelser ønsker man å få tilgang til informasjon om helse for hele befolkningen. Dette gjøres ved å rekruttere deltagere fra hele befolkningsgrupper uten henblikk på helsetilstand. Man kan for eksempel invitere alle i et fylke, en bestemt aldersgruppe eller trekke tilfeldige utvalg som er representative for den populasjonen man ønsker å generalisere resultatene til. Slik kan man fange opp tilfeller som ikke er registrert i noen klinikk eller helseregistre, og nå et større spekter av mennesker med psykiske lidelser. Dette kan gjøre at befolkningsstudier inkluderer et større antall sykdomstilfeller enn registerstudier, til tross for færre deltagere totalt sett. Befolkningsstudier

er vanligvis satt sammen for å gi god statistisk styrke for de sammenhengene man er interessert i å studere. Befolkningsstudier har imidlertid begrensninger som systematisk frafall og feilklassifisering. Ingen slike undersøkelser har full oppslutning. Dersom det ikke er tilfeldig hvem som deltar, har man et systematisk frafall, og utvalget blir "skjevt". De som ikke deltar kan være de som er hardest rammet av sykdom. Slik kan selektive frafall bidra til kunstig lave prevalens-estimer i en befolkning. Man antar likevel at systematiske frafall i mindre grad påvirker beregningen av sammenhenger mellom fenomener [92]. Risikoestimer vil altså være mer robuste for systematisk frafall.

Feilklassifisering vil si at noen syke blir klassifisert som friske og noen friske som syke. I befolkningsstudier skyldes dette usikkerhet knyttet til presisjonen i helseinformasjonen. I registerstudier og kliniske studier fanger man ikke opp alle sykdomstilfellene, men man kan være rimelig sikker på at de som er registrert som syke faktisk er syke. I befolkningsstudier må man finne ut hvem som er syk ved hjelp av diagnostiske intervjuer basert på DSM eller ICD eller spørreskjema med standardiserte måleinstrumenter for psykiske lidelser. Bruk av intervju er kostbart og det kan være vanskelig for deltakeren å åpne seg om private forhold til en fremmed intervjuer. Spørreskjema er rimeligere, anonymitet er lett å ivareta og man når flere, men det kan herske tvil om validiteten til måleinstrumentene. De er lite egnet til å sette sikre spesifikke diagnoser. Spørreskjema regnes derfor ofte som et mer usikkert instrument for å måle psykiske lidelser. Både intervju og spørreskjema kan gi gode indikasjoner på tilstedeværelsen av psykiske plager, men det vil uansett være en viss feilrate. Feilklassifisering vil svekke den tilsynelatende sammenhengen mellom fenomenene man studerer.

Fordelen med store register- og befolkningsstudier er at de gir solide og nokså pålitelige estimer. Ulempen er ofte at mange nyanser forsvinner – virkeligheten er ofte mer kompleks enn den fremstår i slike studier. Registerstudier kan ikke gi informasjon om for eksempel psykologiske faktorer som selvtilit og sosial støtte, og hvorvidt disse kan bidra til å forklare hvorfor noen som utsettes for risikofaktorene utvikler vansker, mens andre ikke gjør det. Befolkningsstudier undersøker i større grad slike faktorer, men hensyn til kostnader og til tiden deltakerne er villig til å bruke medfører begrensninger også for hvor omfattende slike undersøkelser kan gjøres.

7 Risiko blant barn som har foreldre med psykiske lidelser

7.1 Medikamentbruk under svangerskap

Angst- og stemningslidelser er blant de vanligste psykiske lidelsene i Norge [8]. Når de behandles er det som regel med medikamenter. Begge typer lidelse forekommer oftere blant kvinner. Det er derfor naturlig å undersøke hvorvidt medikamenter som brukes for å behandle disse lidelsene kan påvirke fosteret under svangerskapet. En oversiktsartikkel [94] viser at bruk av antidepressiva (som SSRI og TCA) ikke har sammenheng med misdannelser hos barnet. Beroligende medikamenter (benzodiazepiner) er relatert til leppe- og ganespalte, mens humørstabiliserende medikamenter (for eksempel lithium) er relatert til økt risiko for misdannelser. Hvorvidt medikamentbruk under svangerskapet kan medføre nevrologiske skader eller atferdsvansker er ennå uklart. Mulig risiko for negative følger av medikamentbruk under svangerskapet må likevel veies mot risiko for negative følger av at mor ikke får hjelp for sine psykiske plager [94].

7.2 Mishandling og omsorgssvikt

Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk har forhøyet risiko for å oppleve omsorgssvikt og mishandling. Dette viser en stor engelsk kohortstudie, som er basert på over 14 000 barn [95], hvorav 162 ved seks års alder var registrert av barnevernet som mishandlet. Foreldrenes psykiske helse ble undersøkt ved hjelp av spørreskjema. Risikoen for å bli utsatt for mishandling eller omsorgssvikt avhenger av hvem av foreldrene som er syk, og hva slags lidelse det er snakk om. Dersom mor hadde hatt en psykisk lidelse utenom depresjon var risikoen 2,3 ganger høyere. Barn av fedre med depresjon hadde 3,6 ganger høyere risiko for å bli utsatt for mishandling enn andre barn. Utvalget var for lite til å si noe om barn av mødre med depresjon eller barn av fedre med annen psykisk lidelse enn depresjon. Personlighetsforstyrrelser blant foreldrene var heller ikke undersøkt.

Den relative risikoen for at barn av psykisk syke skal oppleve omsorgssvikt eller mishandling spenner i den nevnte studien mellom 1,5 og 3,6, avhengig av hvilken av foreldrene som har en psykisk lidelse, og type lidelse. Medianverdien er 2,0.

7.3 Tidlig død

Risikoen for å dø i løpet av barndommen, som ungdom eller ung voksen er forhøyet blant barn av foreldre som har vært innlagt på psykiatrisk sykehus for enten en psykisk lidelse eller for rusmisbruk. Det viser en dansk registerstudie basert på 1,38 millioner barn [96]. Barna ble delt inn etter alder og undersøkt etter type dødsårsak. Naturlige dødsårsaker er vanligvis sykdom, mens unaturlige dødsårsaker omfatter blant annet ulykker, drap og selvmord.

Risikoen for å dø av naturlige årsaker var ikke forhøyet i noen av aldersgruppene. For de andre dødsårsakene var risikoen mest forhøyet blant de yngste barna (1-4 år), med en relativ risiko rundt 2,4 til 2,7, avhengig av om det var far eller mor som hadde vært innlagt. Risikoen for å dø av drap var aller mest forhøyet: Når barnet var mellom 1-4 år var denne risikoen 6,2 ganger forhøyet dersom mor hadde vært innlagt, og 9,8 ganger forhøyet når far hadde vært innlagt. Etter denne alderen synker risikoen for å dø av unaturlige årsaker. Ungdommer mellom 16 og 26 år har kun svakt forhøyet risiko for å dø av unaturlige årsaker. Til gjengjeld har de en forhøyet sannsynlighet for å begå selvmord dersom mor eller far har vært innlagt, med relative risikoer på henholdsvis 2,7 og 2,4. Det er viktig å være klar over at selv om risikoene mangedobles, er faren for å dø uansett lav (0,08 % i den mest utsatte gruppa).

De relative risikoene for at barnet skal dø i ung alder av forskjellige årsaker dersom mor eller far har vært innlagt med psykisk sykdom eller rusmisbruk har en spennvidde fra 0,7 til 9,8 ganger forhøyet risiko, og en median på 1,5 [96]. Barn av psykisk syke har altså en sterkt forhøyet sannsynlighet for å dø av noen årsaker, men ikke av andre.

Foreldrene må ha vært innlagt ved psykiatrisk sykehus for at barna skal telles med i denne studien. Dermed er det sannsynlig at resultatene kun gjelder de mest utsatte barna. Resultatene kan derfor ikke uten videre generaliseres til å gjelde for barn av foreldre som for eksempel er i poliklinisk behandling eller overhodet ikke får behandling.

7.4 Psykiske lidelser blant barna

En dansk registerstudie [97] fulgte over 800 000 barn og undersøkte om barn av foreldre som hadde vært i behandling for en psykisk eller rusrelatert lidelse hadde økt risiko for å selv utvikle psykiske lidelser fra de var 14 til de ble 28 år. Barna ble klassifisert på bakgrunn av antall foreldre med psykisk lidelse (ingen, én, begge), type lidelse (psykose, alle andre psykiske lidelser), eller kombinasjoner av disse. Resultatene viste at barn i familier der begge foreldrene hadde en psykisk lidelse hadde om lag 3,4 ganger høyere risiko for å selv bli registrert med en psykisk lidelse. Foreldre med psykose fikk oftere barn med psykose, men ellers er resultatene omtrent like for psykoser som andre former for lidelse, og risikoen var forhøyet både for å utvikle samme type lidelse som forelderen og i noe mindre grad lidelser i andre diagnosegrupper. Dersom kun en av foreldrene hadde en psykisk lidelse, var risikoen omtrent 2,1 ganger høyere sammenlignet med barn av foreldre uten psykiske lidelser.

En internasjonal studie med mer enn 50 000 respondenter fra 21 land [98] undersøkte samme tema. Resultatene ble kontrollert for effekten av andre vanskelige opplevelser i barndommen, som foreldres rusmisbruk, kriminalitet, vold, seksuelt misbruk, foreldres død, skilsmisse, fysisk sykdom og dårlig økonomi. I denne studien ble det også gjort et skille mellom effekten av foreldres psykiske lidelser og foreldrenes rusmisbruk. Barn av foreldre med psykiske lidelser hadde 2,4 ganger høyere risiko for selv å få en psykisk lidelse i alderen 4 til 12 år og 1,9 ganger høyere risiko i alderen 13 til 19 år [98].

Medianverdien av de relative risikoene for at barn med foreldre som har en psykisk lidelse selv skal få en psykisk lidelse i barndommen er 2,3, med spennvidde i anslagene fra 1,9 til 3,7. Den høyeste risikoen finner man når begge foreldrene har alvorlig psykisk lidelse.

7.5 Oppsummering av risiko

Medianberegning av samtlige risikoestimer i studiene av risiko for at barn med foreldre som har en psykisk lidelse eller som misbruker alkohol skal oppleve alvorlige negative utfall er 2,0. Det vil si at risikoen for å oppleve alvorlige følger er dobbelt så høy blant disse barna i forhold til andre barn. Spennvidden i anslagene er fra 0,7 til 9,8. Hvor mye den økte risikoen har å si på befolkningsnivå kommer vi tilbake til i kapittel 9.



Risiko blant barn som har foreldre som misbruker alkohol

8.1 Alkoholeksponering under svangerskap

Omtrent 50 % rapporterer å ha drukket alkohol mens de var gravide [99]. Mange av disse drakk før de ble kjent med graviditeten, men cirka 35 % rapporterer å ha drukket etter uke 13 [100]. Bruk av alkohol under svangerskapet kan medføre alvorlige følger for barnet, i verste fall føtalt alkoholsyndrom (FAS) [101], som kjennetegnes av fysiske særegenheter og mental retardasjon [102]. Vanligvis anslås det at FAS totalt rammer omtrent 1 av 1000 fødte [103]. En norsk studie [104] beregner imidlertid omfanget til 1 av 10 000 fødsler. Blant mødre som drikker mye får omtrent 4 % av barna FAS [105]. Dette tyder på at årsakene til FAS er komplekse og at ikke alle fostre er like sårbare. Imidlertid er FAS vanskelig å diagnostisere, så tallene kan i realiteten være høyere. I tillegg til entydig FAS får mange barn tydelige, men mindre alvorlige funksjonsnedsettelse og skader på sentralnervesystemet. Slike skader faller inn under det føtale alkoholskadespekteret (fetal alcohol spectrum disorder – FASD). Disse barna står i fare for å utvikle en rekke problemer, som hyperaktivitet, atferdsvansker, hukommelsesvansker, lav IQ, problemer med språk og motorikk, angst og depresjon [102,106]. FASD er langt vanligere FAS, og rammer 2 til 3 ganger så mange [103].

8.2 Negative livshendelser

Risikoen for forskjellige negative livshendelser blant barn av alkoholavhengige har blitt sammenlignet med barn av ikke-avhengige, basert på data fra den generelle befolkningen [107]. Resultatene viser blant annet at barn i alderen 2 til 15 år har forhøyet risiko for å oppleve at en av foreldrene (RR=1,9) eller søsknene (RR=2,1) blir alvorlig syke, at foreldrene mister jobben (RR=1,9), skilles (RR=4,0), eller må i fengsel (RR=32,6), eller at barnet selv får behov for medisinsk tilsyn eller sykehusinnleggelse (RR=1,6) eller opplever en alvorlig bilulykke (RR=2,5) [107].

En dansk registerstudie, basert på 85 000 barn mellom 13 og 27 år, fant at barn av foreldre innlagt på sykehus med alkoholrelatert skade har høyere risiko

for å trenge fosterhjem eller andre barnevernstiltak (RR=1,8), bli utsatt for vold fra foreldrene (RR=3,9) eller annen type vold (RR=1,3). Barna har også høyere risiko for å oppleve at foreldrene skiller seg (RR=2,6), selv misbruke illegale rusmidler (RR=1,4), bli dømt for voldskriminalitet (RR=1,3), få barn i tenårene (RR=1,3) eller være arbeidsledig i tenårene (RR=1,2) [40]. Studien forteller ikke noe om når risikoen inntreffer, men det er rimelig å anta at risikoen vil være forhøyet allerede i tenårene, ettersom andre studier kan vise til liknende funn i ung alder [96].

Medianverdien av alle risikoestimatene i studiene referert ovenfor viser at barn av alkoholmisbrukere har 1,8 ganger høyere risiko for å oppleve negative livshendelser enn andre barn, med en spennvidde på anslagene fra 1,2 til 32,6.

8.3 Mishandling og omsorgssvikt

En amerikansk studie undersøkte risiko for psykisk, fysisk eller seksuelt misbruk eller omsorgssvikt blant over 8000 voksne i den generelle befolkningen som hadde oppsøkt en klinikk for å ta en helsesjekk [89]. Deltakerne ble spurt om mor, far eller begge foreldrene misbrukte eller var avhengige av alkohol, samt forekomst av mishandling og omsorgssvikt i barndommen. De relative risikoene for at barn i familier der fedre eller mødre misbrukte alkohol skulle oppleve psykisk mishandling, fysisk mishandling eller seksuelt overgrep sammenlignet med andre barn er oppsummert i tabell 5. Eksempelvis har barn med to alkoholmisbrukende foreldre 3,8 ganger høyere risiko for å oppleve psykisk misbruk. Alkoholmisbruk blant foreldrene ble målt ved å spørre barnet om foreldrene misbrukte alkohol i barnets barndom. Denne metoden kan ha ført til en viss feilklassifisering og dermed usikkerheten i estimatene.

En kanadisk studie av den generelle befolkningen (n=8472) undersøkte sammenhengen mellom rusmisbruk blant foreldre og barns fare for å bli utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep [108]. Det er ikke skilt på gjerningsperson, så overgrepene trenger ikke være begått av foreldrene. Alkohol- og narkotikaproblemer

ble målt på samme måte som i studien ovenfor. Overgrepene ble også målt retrospektivt, ved hjelp av standardiserte spørsmål om fysiske og seksuelle overgrep. Den relative risikoen for å bli utsatt for fysiske eller seksuelle overgrep dersom mor, far eller begge hadde alkoholproblemer er oppsummert i tabell 5. En tidligere studie har funnet at foreldres kokainmisbruk har en sterkere sammenheng med seksuelle overgrep enn foreldres alkoholmisbruk [109]. Ettersom både alkohol og narkotikamisbruk inngår i kategorien rusmisbruk i denne undersøkelsen kan vi ikke skille mellom barn av alkoholmisbrukere og barn av andre rusmisbrukere. Likevel gjaldt rusmisbruket alkohol for ni av ti rusmisbrukere, og vi tror derfor disse resultatene kan fortolkes omtrent som om de gjaldt for alkoholproblemer alene.

Medianverdien for risikoanslagene viser at barn av alkoholmisbrukere har 2,6 ganger høyere risiko for å oppleve omsorgssvikt, misbruk eller overgrep enn andre barn. Anslagene har en spennvidde fra 1,3 til 6,6. Estimater baserer seg på samtlige risikoestimer for overgrep og omsorgssvikt publisert i studiene referert ovenfor.

8.4 Psykiske lidelser blant barna

Foreldres alkoholmisbruk henger sammen med en rekke psykiske lidelser i barne- og ungdomsårene. Den danske registerstudien [40], som ble presentert i kapittel 8.2, undersøkte også risiko for psykiske lidelser blant barn av foreldre som misbrakte alkohol. Etter kontroll for en rekke andre negative livshendelser, hadde ikke barn av alkoholmisbrukere høyere risiko for å bli innlagt med psykisk sykdom enn det andre barn hadde. Når man ikke kontrollerte for andre barndomsfaktorer, var risikoen at disse barna skulle bli innlagt med en psykisk lidelse mer enn fordoblet [40]. Funnet tyder på at mye av sammenhengen mellom foreldres alkoholmisbruk og barnas psykiske lidelser kan

forklares av andre vanskelige barndomsopplevelser. Ettersom slike vanskelige opplevelser kan skyldes nettopp foreldrenes alkoholmisbruk, er det mulig at effektene av foreldrenes alkoholproblemer er formidlet gjennom disse andre barndomsopplevelsene.

I en stor internasjonal studie [98], beskrevet i detalj i kapittel 7.4, fant man at barn av alkoholmisbrukere hadde 1,6 ganger høyere risiko for å utvikle psykiske lidelser i alderen mellom 4 og 19 år, etter at man hadde justert for andre vanskelige barndomsopplevelser. En av grunnene til at denne studien, i motsetningen til den danske registerstudien [40], finner signifikante effekter når det er justert for andre livshendelser kan være at den var befolkningsbasert. Den har dermed fanget opp flere sykdomstilfeller blant både foreldre og barn.

En amerikansk studie undersøkte forekomsten av atferdsvansker i en kohort hvor 270 barn hadde alkoholmisbrukende foreldre. Dette er en befolkningsstudie, der også informasjon om mildere psykiske lidelser hos barna var inkludert. Barn av alkoholmisbrukere hadde 2,8 ganger høyere risiko for å utvikle ADHD, 2,3 ganger høyere risiko for opposisjonell atferdsforstyrrelse, 2,2 ganger høyere risiko for alkoholmisbruk, 2,3 ganger høyere risiko for narkotikamisbruk, og 1,9 ganger høyere risiko for å utvikle annen atferdsforstyrrelse [110].

I en new zealandsk kohortstudie ble over 1200 barn fulgt frem til fylte 15 år. Om lag 150 hadde foreldre med alkoholproblemer. Barna som hadde alkoholavhengige foreldre hadde sammenlignet med andre barn 4,0 ganger høyere risiko for å utvikle en psykisk plage i ungdomstiden. Barn av foreldre med ren alkoholmisbruksdiagnose hadde 2,4 ganger høyere risiko. Diagnosene som ble undersøkt blant barna var rusmisbruk, atferdsforstyrrelse, opposisjonell atferdsforstyrrelse, ADHD, stemningslidelser og angstlidelser [44].

Tabell 5: Relativ risiko (RR) for psykisk, fysisk eller seksuelt overgrep dersom mor, far eller begge foreldre misbruker alkohol. RR presentert i tabellen er en medianverdi av flere estimater i studiene det refereres til.

Studie	Psykisk RR			Fysisk RR			Seksuelt RR		
	Mor	Far	Begge	Mor	Far	Begge	Mor	Far	Begge
Dube et al. 2001 [89]	2,1	2,4	3,8	2,4	1,9	3,2	2,0	1,8	2,2
Walsh et al, 2003 [108]	*	*	*	4,0	2,3	4,6	3,8	2,1	6,5

* ikke undersøkt

Medianverdien for risikoanslagene viser at barn av alkoholmisbrukende foreldre har 2,3 ganger forhøyet risiko for å utvikle psykiske lidelser i barne- eller ungdomsårene, med en spennvidde på risikoanslagene i de forskjellige studiene fra 1,6 til 4,0. Når det gjelder disse barnas risiko for selv å utvikle alkoholmisbruk i voksen alder, er den mer enn fordoblet [111,112].

8.5 Oppsummering av risiko

Medianberegning av samtlige risikoanslag i studiene referert til i dette kapitlet viser at barn med foreldre som misbruker alkohol har 2,4 ganger forhøyet risiko for å oppleve alvorlige negative følger, med en spennvidde på anslagene fra 1,2 til 32,6. Spennvidden på disse estimatene kan være noe misvisende, da det nest høyeste estimatet er relativ risiko på 6,0.

9.1 Om tilskrivbar risiko

De to foregående kapitlene har handlet om forhøyet risiko blant de utsatte barna. Dette er risikoer hvert enkelt barn har for å pådra seg uheldige utfall. Vi kan snu litt på problemstillingen, og heller spørre hvor mye risikofaktorene bidrar til sykkelighet eller andre uønskede utfall i hele befolkningen, heller enn blant individer. Det kan nemlig være at en sterk økning i risiko for å oppleve noe uvanlig har mindre å si på befolkningsnivå enn en svak økning i risiko for å oppleve noe som er vanlig. Risiko i befolkningen kan vise hva som kan være viktig og hva som er mer trivielt for folkehelsa.

Tilskrivbar andel i befolkningen (PAF, se tekstboks 3) er et mål på hvor stor andel av forskjellige uheldige utfall i som på befolkningsnivå kan knyttes til en bestemt risikofaktor, her foreldrenes psykiske lidelser eller alkoholmisbruk [113-115]. Målet forteller altså hvor mye denne risikofaktoren betyr for hvert av utfallene, for eksempel hvor mange prosent av psykiske lidelser som kan knyttes til foreldrenes psykiske lidelser. Tilskrivbar andel i befolkningen avhenger av hvor stor risikoen er, og hvor mange som utsettes for den. Andelen beregnes altså ut fra utbredelsen av risikofaktoren, som ble gjennomgått i del 1 av rapporten, og den relative risikoen for at eksponerte og ikke-eksponerte skal oppleve utfallene, som del 2 har omhandlet.

Selv om den tilskrivbare andelen er høy, og en stor del av et utfall kan knyttes til en risikofaktor, kan det være at utfallet er sjeldent, og uansett rammer få. Vi ønsker derfor å vite tilskrivbar risiko i befolkningen (PAR, se tekstboks 3), som uttrykker hvor mange i hele befolkningen som rammes av negative utfall på bakgrunn av en risikofaktor. Dette kan også gi hypotetiske anslag på hvor mye lavere forekomsten av utfallene kunne vært dersom ingen ble utsatt for risikofaktoren. For vårt bruk viser tilskrivbar risiko i befolkningen hvor stor del av befolkningen som opplever sykdom, dødsfall eller andre utfall som kan tilskrives foreldrenes psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. For å regne ut tilskrivbar risiko bruker vi tilskrivbar andel, samt utbredelsen av utfallene det

er snakk om. I det følgende kapittelet kommer derfor også en gjennomgang av hvor vanlige de forskjellige utfallene er.

Tilskrivbar andel og risiko i befolkningen kan eksemplifiseres slik: La oss si at 30 % av alle barn og unge opplever noe negativt, som det å få en psykisk lidelse. Blant de som ikke utsettes for en risikofaktor, som foreldre med psykiske lidelser, gjelder det bare 22 %. Da er den tilskrivbare andelen 27 %, siden cirka en fjerdedel av tilfellene kan knyttes til denne risikofaktoren. Den tilskrivbare risikoen er 8 %, siden 8 % av befolkningen opplever utfallet på bakgrunn av risikofaktoren. Man regner med at 22 % ville opplevd utfallet uavhengig av risikofaktoren. Tilskrivbar risiko i befolkningen kan dermed si noe om hvor store problemer en risikofaktor skaper for folkehelsa.

Som andre risikoestimer, gir ikke tilskrivbare risikoer eller andeler svar på spørsmål om årsak og virkning. De angir en ren opphopning av uheldige utfall blant den eksponerte gruppa. Det kan være at det i familier med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk finnes andre risikofaktorer som egentlig forårsaker problemene. Økt forekomst av negative hendelser kan altså knyttes til disse risikofaktorene, men ikke nødvendigvis forklares av dem. Det er viktig å ta dette forbeholdet i fortolkningen av tallene for tilskrivbar risiko og andel.

Vi har lagt til grunn at psykiske lidelser som ikke går ut over foreldrenes daglige fungering heller ikke utgjør noen særlig risiko for barna. Derfor har vi regnet risiko i befolkningen etter forekomsten av moderate og alvorlige psykiske lidelser. I virkeligheten vil nok risikoen synke gradvis fra de alvorligste til de mildeste tilfellene. Ettersom noen risikoestimer er hentet fra studier med strengere kriterier for alvorlighetsgrad enn det vi bruker her, må nivået av risiko i befolkningen anses som maksimums-estimer.

TEKSTBOKS 3:

Tilskrivbar andel (Population attributable fraction – PAF) er et mål på hvor stor andelen av *sykdomstilfeller* eller andre utfall som kan tilskrives en bestemt risikofaktor [113-115]. For eksempel hvor stor andel av psykisk sykdom blant unge som kan knyttes til foreldres alkoholmisbruk. Tilskrivbar risiko i befolkningen (Population attributable risk – PAR) viser hvor stor del av *befolkningen* som rammes av utfall som kan knyttes til en risikofaktor. For eksempel hvor mange prosent av alle ungdommer som får en psykisk sykdom som kan knyttes til alkoholmisbruk blant foreldre. Man tar utgangspunkt i 1) prevalensen av en risikofaktor for hele befolkningen, 2) den relative risikoen for at gruppa eksponert for risikofaktoren skal oppleve et utfall i forhold til den ikke-eksponerte gruppa, og 3) forekomst av utfallet i befolkningen. Slik kan man også anslå hvor stor reduksjon man ville fått i den totale forekomsten av de forskjellige utfallene dersom ingen barn hadde foreldre som var psykisk syke eller alkoholmisbrukere.

Det kan matematisk vises at:

$$PAF = p(RR-1)/(1+p(RR-1)) \text{ (Levins formel)}$$

$$PAR = PAF * r$$

hvor p er forekomst av risikofaktor, r er forekomst av utfall og RR er relativ risiko

9.2 Risiko i befolkningen, foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk

Først ser vi på foreldres psykiske lidelser og alkoholmisbruk under ett, og hvor mye risiko som på befolkningsnivå kan tilskrives dette. Som nevnt beregnes tilskrivbar andel ut fra hvor stor en risiko er (se del 2), og hvor mange som utsettes for den (se del 1).

For å beregne tilskrivbar risiko må man vi også å vite utbredelsen av forskjellige utfallene man vil se på. Studier som har undersøkt forekomst av psykiske lidelser viser at omtrent 30 % av alle barn utvikler en psykisk lidelse før de fyller 18 år [116]. En stor undersøkelse fra NOVA viste at 18 % av barn i videregående skole har opplevd å bli slått av foreldrene en eller annen gang [117]. Samme studie viste at 11,6 % av elever i videregående skole rapporterer å ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Vi bemerker at dette gjelder alle overgrep, og at kun et fåtall av disse overgrepene var begått av familiemedlemmer. Statistikk fra SSB viser at i løpet av 2009 døde 559 barn under 18 år [118], noe som tilsvarer 0,05 %.

Tabell 6 viser oppsummerer forekomsten av de forskjellige utfallene, og relative risikoer (fra kapittel 8), samt hvor stor andel av de forskjellige utfallene som kan tilskrives foreldrenes psykiske lidelser. Utrekningene viser at cirka 10-25 % av de forskjellige utfallene, fra psykiske lidelser blant ungdom til tidlig død, kan knyttes til foreldrenes psykiske lidelser. Disse andelenene kan vi multiplisere med utbredelsen av de uheldige utfallene, slik at vi får tilskrivbar risiko i befolkningen. Vi ser da at om lag 7,7 % av barn og unge utvikler psykiske lidelser på bakgrunn av risiko som kan knyttes til foreldrenes psykiske lidelser. Videre viser beregningene at 3,8 % av barn opplever å bli slått, 2,4 % av barn utsettes for seksuelle overgrep, og 0,01 % av barn dør årlig av årsaker som kan tilskrives foreldrenes psykiske lidelser. Av resonnementet følger at dersom ingen barn hadde psykisk syke foreldre, ville forekomsten av disse utfallene hypotetisk sett vært tilsvarende lavere. Til sist i tabellen har vi derfor nevnt antatt forekomst uten psykisk syke foreldre, som vi finner ved å trekke den tilskrivbare risikoen fra nåværende forekomst.

Tabell 6: Risiko i befolkningen som kan tilskrives foreldres psykiske lidelser, blant de 26,5 % av barn med foreldre med moderate eller alvorlige psykiske lidelser eller alkoholmisbruk.

	Relativ risiko	Tilskrivbar andel (PAF)	Total forekomst	Tilskrivbar risiko (PAR)	Anslått forekomst uten risiko
Psykiske lidelser	2,3	25,6 %	30,0 %	7,7 %	22,3 %
Slått	2,0	20,9 %	18,0 %	3,8 %	14,2 %
Seksuelle overgrep	2,0	20,9 %	11,6 %	2,4 %	9,2 %
Tidlig død	1,5	11,7 %	0,05 %	0,01 %	0,04 %

9.3 Risiko i befolkningen, foreldre som misbruker alkohol

Vi går nå over til å se på hvilken risiko som alkoholmisbruk blant foreldre spesifikt utgjør på befolkningsnivå. Utfallene er litt annerledes enn i forrige delkapittel. Tidlig død er ikke med, men til gjengjeld er negative livshendelser inkludert, eksemplifisert ved barnevernstiltak og voldskriminalitet. Forekomst av psykiske lidelser, slag fra foreldrene og seksuelle overgrep ble nevnt i forrige delkapittel. I følge SSB får årlig omtrent 3,0 % av barn under 18 år igangsatt tiltak av barnevernet [119], mens 0,34 % av alle 15-17-åringer blir dømt for voldskriminalitet [74,120].

Tabell 7 sammenfatter utbredelsen av forskjellige utfall, de relative risikoene, tilskrivbar andel og risiko, samt antatt forekomst dersom alkoholmisbruk blant foreldre ikke forekom. Om lag 2 til 11 % av de forskjellige utfallene kan tilskrives foreldres alkoholmisbruk. For eksempel ville utbredelsen av psykiske lidelser blant barn og unge vært 7,8 % lavere om ingen

foreldre misbrukte alkohol. I befolkningen totalt indikerer tallene at 2,3 % av alle barn utvikler psykiske lidelser som har bakgrunn i foreldrenes alkoholmisbruk, at 1,9 % av alle barn har blitt slått av årsaker som kan tilskrives foreldres alkoholmisbruk, at 0,8 % av alle barn utsettes for seksuelle overgrep som er assosiert med foreldres alkoholmisbruk, og at 0,1 prosent av barn mottar barnevernstiltak på grunn av dette. Blant 15-17-åringer dømmes 0,01 %, eller 1 av 10 000, årlig for voldskriminalitet som kan knyttes til foreldres alkoholmisbruk. Dersom ingen barn hadde foreldre som misbrukte alkohol ville forekomsten av de forskjellige utfallene hypotetisk sett vært tilsvarende lavere.

Vi minner om at årsakssammenhengene ikke er fullstendig kartlagt, og at tallene representerer en ren opphopning av negative hendelser blant barn som har foreldre som misbruker alkohol. Ettersom flere av risikoestimatene kommer fra registerstudier som kun fanger opp mer alvorlige tilfeller må dette også anses som maksimumsestimater.

Tabell 7: Risiko i befolkningen som kan tilskrives foreldres alkoholmisbruk, blant de 6,5 % av barn med foreldre med moderat eller alvorlig alkoholmisbruk.

	Relativ risiko	Tilskrivbar andel (PAF)	Total forekomst	Tilskrivbar risiko (PAR)	Anslått forekomst uten risiko
Psykiske lidelser	2,3	7,8 %	30,0 %	2,3 %	27,7 %
Slått	2,8	10,5	18,0 %	1,9 %	16,1 %
Seksuelle overgrep	2,2	7,2	11,6 %	0,8 %	10,8 %
Barnevernstiltak	1,8	4,9 %	3,0 %	0,1 %	2,9 %
Voldskriminalitet	1,3	1,9 %	0,34 %	0,01 %	0,33 %

10

Diskusjon av konsekvenser

10.1 Fortolkning av risikoestimer

Litteraturgjennomgangen har vist at barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk har omtrent fordoblet risiko for en rekke alvorlige negative følger, sammenlignet med barn som har foreldre uten slike lidelser. En fordobling av risiko for alvorlige følger kan virke høyt. Likevel viser utregningen av tilskrivbar risiko at for de fleste utfall kan kun en relativt beskjeden andel av det totale antallet tilfeller tilskrives at foreldrene er psykisk syke eller misbruker alkohol. For psykiske lidelser blant barn og ungdom kan opp mot en fjerdedel av risikoen tilskrives psykiske lidelser blant foreldrene. Dette betyr likevel at de fleste barn av psykisk syke eller alkoholmisbrukende foreldre ikke opplever alvorlige konsekvenser som mishandling, omsorgssvikt, overgrep, tidlig død, negative livshendelser eller psykiske lidelser. For mindre alvorlige konsekvenser, som dårlig trivsel, foreligger det ikke data til å kunne gjøre tilsvarende beregninger. Man kan regne med at langt flere opplever foreldrenes lidelser som belastende, enn den andelen hvor dette fører til alvorlige konsekvenser.

Det er tydelig at risiko for å oppleve alvorlige følger ikke er lik for alle som er utsatt for risikofaktoren, men også varierer på bakgrunn av en rekke andre faktorer. Risikoen er høyere for enkelte grupper barn av foreldre med psykiske lidelser. For eksempel spiller lidelsens alvorlighetsgrad inn [97], slik at risikoen for negative konsekvenser er spesielt høy for barn med foreldre som har alvorlige lidelser. Fra utfall til utfall varierer det om mor eller far har størst effekt på risiko for barnet, men sett under ett er flest risikoestimer høyest for mor. Risikoen er også spesielt høy dersom begge foreldrene har psykiske lidelser. Aller høyest er risikoen dersom begge foreldre har alvorlige lidelser. Dette tyder på at det å ha en frisk forelder kan virke beskyttende mot de alvorlige følgene som vi har sett på her. Det er også grunn til å anta at enkelte barn generelt er mer sårbare enn andre, og derfor vil oppleve et større antall konsekvenser. Medianverdien for risikoestimaterne for de forskjellige utfallene gir et godt bilde på risiko for disse barna sett under ett. Jo mer alvorlige lidelser foreldrene har, desto større er risikoen for barna. Men det er viktig å huske at selv blant de barna som

har foreldre med de alvorligste lidelsene vil det fortsatt være stor variasjon i hvilke konsekvenser de opplever.

Det er ikke sikkert at de negative konsekvensene blant barna opptrer samtidig med foreldrenes lidelser. Noen av risikoestimaterne presentert i litteraturgjennomgangen bygger på longitudinelle studier som følger barna over tid, mens andre baserer seg på at foreldrene på et eller annet tidspunkt i løpet av barnas barndom har hatt psykiske lidelser eller har misbrukt alkohol. Noen av de negative opplevelsene opptrer sannsynligvis oftest samtidig med lidelsen. Det kan for eksempel gjelde mishandling, omsorgssvikt, vold fra foreldrene, eller det å oppleve foreldrenes skilsmisse eller arbeidsledighet. Andre konsekvenser, som for eksempel psykiske lidelser blant barna, oppstår i mange tilfeller senere.

Resultater som baserer seg på at foreldrene har hatt psykiske lidelser i løpet av livet kan også ha senket risikoestimaterne noe, ettersom en lidelse en eller annen gang i løpet av livet må forstås som en mildere risikofaktor enn en lidelse som kan observeres her og nå. På den annen side kan vi forvente at resultatene som er hentet fra registerstudier vil gi for høye estimater, fordi personer som er registrert i behandling for sine psykiske lidelser gjennomsnittlig er hardere rammet enn den store mengden foreldre som oppfyller de relativt vide kriteriene for en psykisk lidelse. Litteraturgjennomgangen viser at barn av foreldre med de alvorligste lidelsene har større risiko for psykiske lidelser enn barn av foreldre med noe mindre alvorlige psykiske lidelser. En forskyvning mot mer alvorlige lidelser vil i så fall heve risikoestimaterne. Det er derfor mulig at risikoestimaterne er overestimert i forhold til den reelle risikoen i befolkningen. Sett isolert fra andre feilkilder, kan altså for høye relative risiko-tall også ha ført til for høye anslag av tilskrivbare andeler. Imidlertid er risikoen høyere i enkelte befolkningsstudier [98] enn i noen av registerstudiene [40], hvilket kanskje tilsier at risikoene i registerstudiene ikke er særlig overestimert likevel. Risikoen for at barn av psykisk syke eller alkoholmisbrukere skal utvikle psykiske lidelser i barndommen er nokså lik i studier med forskjellige typer utvalg, og det kan dermed være at barn av foreldre som ikke får behandling, som det

vil være mange av i befolkningsstudiene, har omtrent samme risiko som barn av foreldre som får behandling, altså de som er inkludert i registerstudiene. Vi tror derfor at det har vært riktig å inkludere både registerstudier og befolkningsstudier.

Vi har vist at barn av psykisk syke som gruppe har forhøyet risiko for en rekke alvorlige negative utfall. Men vi vet lite om hvilke barn som klarer seg bra og hvem som utvikler vansker. Dette vil avhenge av faktorer ved foreldrenes lidelse, andre egenskaper hos foreldrene og barnet, og andre faktorer rundt barnet.

10.2 Årsaker til forhøyet risiko

Det er ikke opplagt at foreldrenes lidelser er eneste årsak til økt sannsynlighet for psykisk lidelse eller andre negative utfall blant barna. Andre forhold, for eksempel knyttet til sosial ulikhet eller livsstil, kan tenkes å bidra både til foreldrenes lidelser og til negative utfall blant barna. Man har i mange år forsøkt å forklare årsaken til at barn av psykisk syke eller alkoholmisbrukere har forhøyet risiko for selv å utvikle psykiske lidelser. Forklaringen kan ligge i oppvekstvilkår og genetiske disposisjoner. Barn deler både gener og miljø med foreldrene sine, og begge deler påvirker utvikling av psykiske lidelser hos barn. Biologisk miljø spiller også inn, eksempelvis alkoholbruk under svangerskapet. Disse faktorene inngår i et komplisert samspill som vi per dato ikke har full oversikt over. Forskningsfronten står for tiden ved å finne ut hvordan disse faktorene spiller sammen. Ved å utelate noen av disse faktorene, risikerer man å gjøre feilaktige slutninger om betydning av de gjenstående faktorene. For eksempel, hvis man utelater genetikk kan man ledes til å fortolke barnas vansker som en konsekvens av miljømessig eksponering knyttet til foreldrenes lidelser.

Forskning på eneggede og toeggede tvillinger har lenge vært spesielt viktig for å forstå i hvilken grad lidelser er arvelige. Tvillingforskning har vist at delt miljø spiller en viss rolle i barneårene. Det innebærer at familiemiljøet har en del å si for hvordan barna har det "her og nå". Når barna senere blir ungdommer og voksne, synes imidlertid delt miljø å ha lite å si, mens genetikk forklarer det meste av sammenhengen mellom psykiske lidelser i foreldre og barn. Dette gjelder de fleste psykiske lidelser [121]. Unikt miljø, som skole, egne venner, samt forhold vi ikke kan forklare, spiller også en stor rolle i tvillingmodeller. Forståelsen av akkurat hvilke av disse faktorene som interagerer med genetisk risiko, og hvordan, er imidlertid begrenset. Forskning tyder likevel på at

genetisk risiko modererer betydningen av livsstress for utvikling av psykiske lidelser. Det vil si at stress kan utløse psykiske lidelser blant personer som er genetisk predisponert for dette, mens stress har mindre betydning for personer uten slike disposisjoner [122,123].

Felles gener hos foreldre og barn spiller en spesielt stor rolle når barna utvikler samme type lidelse som foreldrene. For eksempel har tvilling- og adoptivstudier vist at mye av familieopphopningen av psykiske lidelser og rusmisbruk skyldes genetisk overføring av sårbarhet fra foreldre til barn. Disse lidelsene er i stor grad arvelige. Det er genetiske overlapp mellom lidelser i samme gruppe, for eksempel eksternaliserende lidelser som atferdsforstyrrelser, alkoholmisbruk og ADHD. Det vil si at flere av de samme genene bidrar til eksempelvis både alkoholmisbruk og ADHD, og følgelig er en stor del av risikoen for ADHD hos barn av alkoholmisbrukere genetisk formidlet. Det samme kan gjelde angst hos barn av angstpasienter. Lidelser som sorterer under forskjellige grupper har mindre genetisk overlapp med hverandre. Økt sannsynlighet for angst blant barn av alkoholmisbrukere kan først og fremst tilskrives miljø, siden disse lidelsene bare i beskjeden grad påvirkes av de samme genene.

11 Konklusjon

En stor andel barn har foreldre med psykiske lidelser eller som misbruker alkohol. Til sammen kan dette gjelde opp mot 450 000 barn (40,5 %), og for alkoholmisbruk alene 90 000 barn (8,3 %). En del foreldre vil kvalifisere for lettere diagnoser som er plagsomme for forelderen selv, men i liten grad går ut over omsorgsevnen. Vi fant det derfor nødvendig å beregne både antallet foreldre med lidelser som gir mild, moderat og alvorlig funksjonsnedsettelse. For lidelser som gir mest alvorlig funksjonsnedsettelse hos den syke forelderen kan dette gjelde 135 000 barn (12,2 %) totalt og for alkoholmisbruk alene 30 000 barn (2,7 %). Alkoholmisbruk og andre psykiske lidelser finnes i stor grad i de samme familiene. Tallene utgjør ikke noen fasit, men er våre beste antagelser ut fra tilgjengelig litteratur og de avgrensinger som er foretatt. Vi må forvente tall i denne størrelsesordenen ettersom mellom 30 % og 50 % av befolkningen vil rammes av en psykisk lidelse i løpet av livet, og mellom 15 % og 30 % i løpet av et år [8,13,45]. Tallene stemmer også godt overens med hva man kan forvente ut fra tidligere beregninger som er gjort på andre måter.

Mildere psykiske plager må på samme måte som kroppslige plager anses som en nokså normal del av livet. I løpet av oppveksten vil svært mange barn, kanskje en majoritet, oppleve milde psykiske lidelser blant foreldrene. Tallene for alvorlige lidelser er imidlertid også høye, og viser at langt flere barn har foreldre med dette, enn de som fanges opp i pasient-tellinger. Derfor er det trolig store udekkede oppfølgingsbehov blant barn som har ubehandlede psykisk syke foreldre og som dermed ikke er kjent av noen klinikk.

At en stor del av sårbarheten for å utvikle psykiske lidelser på sikt er arvelig betyr ikke at barn av foreldre med psykisk lidelse eller alkoholmisbruk er forutbestemte til å bli psykisk syke selv. Arvbarhetsestimaterne gjelder på befolkningsnivå for bestemte populasjoner, og kan ikke brukes til å trekke slutninger om enkelt-individer. Selv om vi ikke vet i hvilken grad barnas forhøyede risiko skyldes arv og miljø, kan psykiske lidelser i stor grad forebygges. Tiltak rettet mot å begrense utviklingen av psykiske lidelser blant risiko-utsatte barn og befolkningen som helhet kan ha god

effekt. En økt genetisk sårbarhet for psykisk sykdom gjør det desto viktigere å være bevisst hvilke tiltak som er effektive, og hvilke som har mindre effekt. I den grad lidelsene overføres av familiemiljø vil tiltak som skjermer barn for dårlig familiemiljø eller forbedrer dette kunne ha effekt. I den grad gener står for overføring av sårbarheten vil man kanskje ha mer hell med befolkningsrettede tiltak for å redusere det totale nivået av psykiske lidelser. I begge tilfeller vil det være viktig å behandle psykiske lidelser, helst tidlig, for å begrense konsekvensene. Det er store udekkede behov, og både samfunn og individer blir spart for en stor byrde dersom man prioriterer å behandle og forebygge psykiske lidelser.

Uansett hvor alvorlige lidelser foreldrene har, er det varierende i hvilken grad dette går ut over barna, og om de tar skade av dette. Selv om kun et mindretall av barna tar varig skade, kan psykiske lidelser eller alkoholmisbruk blant foreldrene oppleves som belastende. Langt flere vil ha vonde opplevelser med foreldrenes lidelser enn det mindretallet hvor denne belastningen fører til eksempelvis diagnostiserbare lidelser blant barna. Mange barn som ikke selv blir psykisk syke eller opplever andre alvorlige konsekvenser kan altså ha godt av tiltak som letter hverdagen, og slike tiltak kan kanskje også forhindre at noen utvikler problemer. På sikt klarer de fleste seg likevel bra, til tross for vansker i familien.

Referanser

- [1] Helse- og Omsorgsdepartementet (2008). *Opptrappingsplan for rusfeltet*. <http://tinyurl.com/opptrapping08pdf>
- [2] Helsedirektoratet (2009) *Opptrappingsplanen for rusfeltet: Statusrapport 2008*. <http://tinyurl.com/opptrapping09pdf>
- [3] Myklestad, I., Rognerud, M., & Johansen, R. (2008). *Levekårsundersøkelsen 2005: Utsatte grupper og psykisk helse*. <http://www.fhi.no/dav/836ae5a58e.pdf>
- [4] American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association. doi: 10.1176/appi.books.9780890423349.
- [5] The World Health Organization. (1992). *ICD-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*.
- [6] Skogen, J. C., Harvey, S. B., Henderson, M., Stordal, E., & Mykletun, Arnstein. (2009). Anxiety and depression among abstainers and low-level alcohol consumers. The Nord-Trøndelag Health Study. *Addiction*, 104(9), 1519-29. doi: 10.1111/j.1360-0443.2009.02659.x.
- [7] Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2006). Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(9), 713-9. doi: 10.1007/s00127-006-0080-0.
- [8] Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American journal of psychiatry*, 158(7), 1091-8.
- [9] Bijl, R. V., Ravelli, a, & Zessen, G. van. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33(12), 587-95.
- [10] SIRUS (2009). *RusStat: Narkotika: Ungdom: Brukt forskjellige stoffer, prosent og totalt, Norge*. <http://statistikk.sirus.no/sirus/>.
- [11] Kendler, K S, Karkowski, L. M., Corey, L. A., Prescott, C. A., & Neale, M. C. (1999). Genetic and environmental risk factors in the aetiology of illicit drug initiation and subsequent misuse in women. *British journal of psychiatry*, 175, 351-356.
- [12] Agrawal, A., Neale, M. C., Jacobson, K. C., Prescott, C. a, & Kendler, K S. (2005). Illicit drug use and abuse/dependence: modeling of two-stage variables using the CCC approach. *Addictive behaviors*, 30(5), 1043-8. doi: 10.1016/j.addbeh.2004.09.007.
- [13] Mykletun, Arnstein, Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. <http://www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf>
- [14] Lilleeng, S., Ose, S. O., Hjort, H., Bremnes, R., Pettersen, I., & Kalseth, J. (2009). *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008*. <http://tinyurl.com/lilleeng09pdf>
- [15] Holterman, S. (2005). Over 90 000 barn har psykisk syke foreldre. *Dagbladet*. <http://www.dagbladet.no/dinside/2005/05/18/431971.html>.
- [16] Arbeids- og sosialdepartementet. (2005). *Rusmiddeletsituasjonen i Norge*. <http://tinyurl.com/rus05pdf>.
- [17] Arbeids- og inkluderingsdepartementet. (2007). *Handlingsplan mot fattigdom*. <http://tinyurl.com/fattigdom>.
- [18] Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Rusmiddeletsituasjonen i Norge*. <http://tinyurl.com/hod06pdf>.
- [19] Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Ot.prp. nr. 84 (2008–2009) Om lov om endringer i helsepersonell-loven m.m. (oppfølging av born som pårørende)*. <http://tinyurl.com/hod09pdf>.
- [20] Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2008). *De usynlige barna: Barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre*. <http://tinyurl.com/usynlig>.
- [21] Brustad, S. (2007). *Langsiktig hjelp til barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre*. Tale. <http://tinyurl.com/brustad07>.
- [22] Östman, M. (2000). *Family burden and participation in care. A study of relatives to voluntarily and compulsorily admitted patients*. Lunds universitet.
- [23] Lier, L., Buhl-Nielsen, B., & Knudsen, H. (2001). *Psykisk syke forældre og deres børn*. <http://tinyurl.com/liero1pdf>
- [24] Bool, M., Smith, F., Bohlmeijer, E., Zanden, R. van der, & Sombeek, D. van. (2001). *Factsheet Prevention Children of parents with psychological problems. Children*. <http://tinyurl.com/bool01pdf>.
- [25] Bassani, D. G., Padoin, C. V., Philipp, D., & Veldhuizen, S. (2009). Estimating the number of children exposed to parental psychiatric disorders through a national health survey. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 3(1), 6. doi: 10.1186/1753-2000-3-6.
- [26] Maybery, D. J., Reupert, A. E., Patrick, K., Goodyear, M., & Crase, L. (2009). Prevalence of parental mental illness in Australian families. *The Psychiatrist*, 33, 22-26. doi: 10.1192/pb.bp.107.018.
- [27] Foley, D., Pickles, A., Simonoff, E., Maes, H. H., Silberg, J. L., Hewitt, J. K., et al. (2001). Parental concordance and comorbidity for psychiatric disorder and associate risks for current psychiatric symptoms and disorders in a community sample of juvenile twins. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 42(3), 381-94.

- [28] Bijl, R. V., & Ravelli, a. (2000). Psychiatric morbidity, service use, and need for care in the general population: results of The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *American journal of public health, 90*(4), 602-7.
- [29] Gautun, H. (2006). *De gjemte og glemte barna: En evaluering av prosjektet pedagogiske*. Oslo: Fafo <http://www.fafo.no/pub/rapp/510/510.pdf>.
- [30] Gjelsvik, R. (2004). *Notatserie i helseøkonomi: Utredning av de samfunnsmessige kostnadene relatert til alkohol*. Bergen: Rokkansenteret. <http://tinyurl.com/gjelsvik>.
- [31] Rossow, I., Moan, I. S., & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere - hvor mange er de og hvordan berøres de?* Oslo: SIRUS. http://www.sirus.no/filestore/Dummy_graphics/sirusrap.9.09.pdf
- [32] Hansen, S.-E. (1985). Barn fra alkoholmisbrukende familier. *Fokus på familien, 13*, 83-90.
- [33] Lieb, R., Merikangas, K R, Höfler, M., Pfister, H., Isensee, B., & Wittchen, H. U. (2002). Parental alcohol use disorders and alcohol use and disorders in offspring: a community study. *Psychological medicine, 32*(1), 63-78.
- [34] Barn av rusmisbrukere. (2010). *Rapport barn og ungdom 2010*. <http://www.barweb.no/>.
- [35] SIRUS. (2009). *RusStat: Alkohol: Norden: Omsetning, liter ren alkohol, 15 år og over*. <http://statistikk.sirus.no/sirus/>.
- [36] Ljungdahl, S. (2008). *Barn i familjer med alkohol- og narkotikaproblem*. http://www.fhi.se/Page-Files/3415/R200828Barn_till_missbrukare_0809.pdf
- [37] Kristiansen, L., Ekholm, O., & Tolstrup, J. S. (2008). *Alkohol i Danmark*. København: Statens institut for folkesundhed. http://www.si-folkesundhed.dk/upload/alkohol_i_danmark_2008.pdf
- [38] Larsen, J. K. (2008). *TUBA-undersøgelse januar 2008*. Silkeborg: Blå Kors Tuba. http://www.tuba.blaakors.dk/Blå_Kors_-_TUBA/Viden/Dokumentation.aspx.
- [39] Socialstyrelsen. (2007). *Gravida kvinner med missbruk och barn som lever i familjer med missbruksproblem Avrapportering av regeringsoppdrag*. <http://tinyurl.com/gravidakvinnor>.
- [40] Christoffersen, M. N., & Soothill, K. (2003). The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of Substance Abuse Treatment, 25*, 107 - 116. doi: 10.1016/S0740-5472(03)00116-8.
- [41] Grant, B F. (2000). Estimates of US children exposed to alcohol abuse and dependence in the family. *American journal of public health, 90*(1), 112-5.
- [42] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2009). *The NSDUH Report: Children Living with Substance-Dependent or Substance-Abusing Parents: 2002 to 2007*. <http://oas.samhsa.gov/2k9/SAParents/SAParents.htm>.
- [43] Maloney, E., Hutchinson, D., Burns, L., & Mattick, R. (2010). Prevalence and patterns of problematic alcohol use among Australian parents. *Australian and New Zealand journal of public health, 34*(5), 495-501. doi: 10.1111/j.1753-6405.2010.00596.x.
- [44] Lynskey, M. T., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1994). The effect of parental alcohol problems on rates of adolescent psychiatric disorders. *Addiction (Abingdon, England), 89*(10), 1277-86.
- [45] Kessler, Ronald C, Angermeyer, Matthias, Anthony, J. C., DE Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., et al. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *Archives of general psychiatry, 62*, 593-602.
- [46] Divgi, D. R. (1979). Calculation of the tetrachoric correlation coefficient. *Psychometrika, 44*(2), 169-172. doi: 10.1007/BF02293968.
- [47] Muthen, B., & Hofacker, C. (1988). Testing the Assumptions underlying tetrachoric correlations. *Psychometrika, 53*(4), 563-578.
- [48] Krueger, R., Mcgue, M., & Iacono, W. (2001). The higher-order structure of common DSM mental disorders: internalization, externalization, and their connections to personality. *Personality and Individual Differences, 30*(7), 1245-1259. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00106-9.
- [49] Falconer, D. S. (1965). The inheritance of liability to certain diseases, estimated from the incidence among relatives. *Annals of Human Genetics, 29*(1), 51-76. doi: 10.1111/j.1469-1809.1965.tb00500.x.
- [50] Czajkowski, N. (2009). *Genetic epidemiology of mental health: Twin and family studies of personality disorders, phobias, and symptoms of anxiety and depression*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo.
- [51] Kessler, Ronald C, Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, Kathleen R, & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry, 62*(6), 617-27. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.617.
- [52] Statistisk sentralbyrå. (2009). Statistikkbanken Tabell 04437: Symptomer på helseproblemer og medisinbruk, etter kjønn og landsdel. <http://tinyurl.com/tabell04437>.

- [53] Sandanger, I., Nygård, J. F., Ingebrigtsen, G., Sørensen, T., & Dalgard, O. S. (1999). Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 34(11), 570-9.
- [54] Pirkola, S. P., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., et al. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population—results from the Health 2000 Study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(1), 1-10. doi: 10.1007/s00127-005-0848-7.
- [55] Kessler, Ronald C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. a, Green, Jennifer Greif, Russo, L. J., et al. (2011). Development of lifetime comorbidity in the world health organization world mental health surveys. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 90-100. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.180.
- [56] Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British journal of psychiatry*, 188, 423-431.
- [57] Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-6.
- [58] Grant, B F, Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. a, Chou, S. P., Ruan, W. J., et al. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(7), 948-58.
- [59] Statistisk sentralbyrå. (2010). Statistikkbanken Tabell 06990: Levendefødte, etter mors alder (F). <http://tinyurl.com/tabell06990>.
- [60] Rimehaug, T., & Wallander, J. (2010). Anxiety and depressive symptoms related to parenthood in a large Norwegian community sample : the HUNT2 study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45, 713-721. doi: 10.1007/s00127-009-0110-9.
- [61] Helbig, S., Lampert, T., Klose, M., & Jacobi, F. (2006). Is parenthood associated with mental health? Findings from an epidemiological community survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(11), 889-96. doi: 10.1007/s00127-006-0113-8.
- [62] Statistisk sentralbyrå. (2010). *Barnetallforde-ling, etter alder og kohort*. <http://www.ssb.no/emner/02/02/10/fodte/arkiv/tab-2010-04-08-09.html>.
- [63] Mcgrath, J. J., Hearle, J., Jenner, L., Plant, K., & Barkla, J. M. (1999). The fertilitv and fecundity of patients with psychoses. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 99, 441-446.
- [64] Samuels, J., Eaton, W. W., Bienvenu I., O. J., Brown, C. H., COSTA Jr, P., & Nestadt, G. (2002). Prevalence and correlates of personality disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 180(6), 536. RCP. doi: 10.1192/bjp.180.6.536.
- [65] Ekselius, L., Tillfors, M., Furmark, T., & Fredrikson, M. (2001). Personality disorders in the general population: DSM-IV and ICD-10 defined prevalence as related to sociodemographic profile. *Personality and Individual Differences*, 30(2), 311-320. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00048-9.
- [66] Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, Ronald C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553-64. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019.
- [67] Huang, Y., Kotov, R., Girolamo, G. de, Preti, A., Angermeyer, Matthias, Benjet, C., et al. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 195(1), 46-53. doi: 10.1192/bjp.bp.108.058552.
- [68] Meyler, D., Stimpson, J. P., & Peek, M. K. (2007). Health concordance within couples: a systematic review. *Social science & medicine* (1982), 64(11), 2297-310. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.007.
- [69] Maes, H., MC, N., Kendler, K., Hewitt, J., Silberg, J., Foley, D., et al. (1998). Assortative mating for major psychiatric diagnoses in two population-based samples. *Psychological medicine*, 28, 1389-1401.
- [70] Fort, G. G. D., Bland, R. C., Newman, S. C., & Boothroyd, L. J. (1998). Spouse similarity for life-time psychiatric history in the general population. *Psychological medicine*, 28, 789-803.
- [71] Tambs, K., & Moum, T. (1992). No Large Convergence during Marriage for Health, Lifestyle, and Personality in a Large Sample of Norwegian Spouses. *Journal of Marriage and the Family*, 54(4), 957. doi: 10.2307/353175.
- [72] Joutsenniemi, K., Moustgaard, H., Koskinen, S., Ripatti, S., & Martikainen, P. (2010). Psychiatric comorbidity in couples: a longitudinal study of 202,959 married and cohabiting individuals. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. doi: 10.1007/s00127-010-0228-9.
- [73] Butterworth, P., & Rodgers, B. (2006). Concordance in the mental health of spouses: analysis of a large national household panel survey. *Psychological medicine*, 36(5), 685-97. doi: 10.1017/S0033291705006677.
- [74] Statistisk sentralbyrå. (2010). *Statistikkbanken Tabell 07459: Folkemengde, etter kjønn og ettårig alder. 1. januar (K)*. <http://tinyurl.com/tabell07459>.

- [75] Statistisk sentralbyrå. (2010). *Statistikkbanken Tabell 06208: Dødsfall som skyldes bruk av alkohol, narkotika og medikamenter, etter underliggende dødsårsak (F)*. <http://tinyurl.com/tabell06208>.
- [76] Statistisk sentralbyrå. (2010e). *Statistikkbanken Tabell 03265: Dødsfall, etter kjønn og diagnose-grupper. (Basert på europeisk kortliste). (F)*. <http://tinyurl.com/tabell03265>.
- [77] Bloomfield, K., Grittner, U., Kramer, S., & Gmel, G. (2006). Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action "Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study". *Alcohol and alcoholism. Supplement*, 41(1), i26-36. doi: 10.1093/alcalc/agl073.
- [78] SIRUS. (2010). *Mellom 80 000 og 120 000 stordrikkere i Norge*. <http://tinyurl.com/stordrikkere>.
- [79] Lund, I., Brettville-Jensen, A. L., Skretting, A., Rise, J., Nordlund, S., & Amundsen, E. J. (2010). *Hva er misbruk og avhengighet? Betegnelser, begreper og omfang. SIRUS-Rapport nr. 4/2010*. <http://tinyurl.com/lund10pdf>.
- [80] Leonard, K. E., & Rothbard, J. C. (1999). Alcohol and the marriage effect. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 13, 139.
- [81] Umberson, D. (1987). Family status and health behaviors: social control as a dimension of social integration. *Journal of health and social behavior*, 28(3), 306-19.
- [82] Grant, B. F., Dawson, D. a, Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., & Pickering, R. P. (2004). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug and alcohol dependence*, 74(3), 223-34. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2004.02.004.
- [83] Holmen, J., Midthjell, K., Krüger, Ø., Langhammer, A., Holmen, T. L., Bratberg, G. H., et al. (2003). The Nord-Trøndelag Health Study 1995-97 (HUNT-2): Objectives, contents, methods and participation. *Norsk epidemiologi*, 13(1), 19-32.
- [84] NTNU. *Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*. www.ntnu.no/hunt.
- [85] Gmel, G., Bloomfield, K., Ahlstrom, S., Choquet, M., & Lecomte, T. (2000). Women's roles and women's drinking: A comparative study in four European countries. *Substance Abuse*, 21(4), 249-264. doi: 10.1080/08897070009511437.
- [86] Wilson, S. E. (2002). The health capital of families: an investigation of the inter-spousal correlation in health status. *Social science & medicine* (1982), 55(7), 1157-72.
- [87] Osborne, C., & Berger, L. M. (2008). Parental Substance Abuse and Child Well-Being: A Consideration of Parents' Gender and Coresidence. *Journal of Family Issues*, 30(3), 341-370. doi: 10.1177/0192513X08326225.
- [88] Pai, C.-W., Godboldo-Brooks, A., & Edington, D. W. (2010). Spousal concordance for overall health risk status and preventive service compliance. *Annals of epidemiology*, 20(7), 539-46. doi: 10.1016/j.annepidem.2010.03.020.
- [89] Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child abuse & neglect*, 25(12), 1627-40.
- [90] Skodol, A. E., Oldham, J. M., Bender, D. S., Dyck, I. R., Stout, R. L., Morey, L. C., et al. (2005). Dimensional representations of DSM-IV personality disorders: relationships to functional impairment. *The American journal of psychiatry*, 162(10), 1919-25. doi: 10.1176/appi.ajp.162.10.1919.
- [91] Zachrisson, H. D., Rodje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*, 6(1), 34.
- [92] Knudsen, A. K., Hotopf, M., Skogen, J. C., Overland, S., & Mykletun, Arnstein. (2010). The Health Status of Nonparticipants in a Population-based Health Study: The Hordaland Health Study. *American journal of epidemiology*, 172(11), 1306-14. doi: 10.1093/aje/kwq257.
- [93] Torvik, F. A., Rognmo, K., & Tambs, K. (2011). Alcohol use and mental distress as predictors of non-response in a general population health survey: the HUNT study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. doi: 10.1007/s00127-011-0387-3.
- [94] Eberhard-Gran, M., Eskild, A., & Opjordsmoen, S. (2005). Treating mood disorders during pregnancy: safety considerations. *Drug Safety*, 28(8), 695-706.
- [95] Sidebotham, P., & Golding, J. (2001). Child maltreatment in the "Children of the Nineties": A longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 25, 1177-1200.
- [96] Webb, R. T., Pickles, A. R., Appleby, L., Mortensen, P. B., & Abel, K. M. (2007). Death by unnatural causes during childhood and early adulthood in offspring of psychiatric inpatients. *Archives of general psychiatry*, 64(3), 345-52. doi: 10.1001/archpsyc.64.3.345.
- [97] Dean, K., Stevens, H., & Mortensen, P. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of General Psychiatry of general psychiatry*, 67(8), 822-829.

- [98] Kessler, R.C., McLaughlin, K. A., Green, J.G., Gruber, M.J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A.M., et al. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378-385.
- [99] Alvik, A., Haldorsen, T., Groholt, B., & Lindemann, R. (2006). Alcohol consumption before and during pregnancy comparing concurrent and retrospective reports. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30(3), 510-515.
- [100] Alvik, A., Heyerdahl, S., Haldorsen, T., & Lindemann, R. (2006). Alcohol use before and during pregnancy: a population-based study. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(11), 1292-1298.
- [101] Chasnoff, I., Landress, H., & Barret, M. (1990). The prevalence of illicit-drug or alcohol use during pregnancy and discrepancies in mandatory reporting in Pinellas County, Florida. *New England Journal of Medicine*, 322, 1202-1206.
- [102] O'Connor, M. J., & Paley, B. (2009). Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Developmental disabilities research reviews*, 15(3), 225-34. doi: 10.1002/ddrr.74.
- [103] Valbø, A., Taraldsen, S., Trønnes, L., & Medbø, S. (2008). Veileder i fødselshjelp 2008. Kapittel 3.3: Alkohol i svangerskapet. *Veileder i fødselshjelp 2008*. <http://www.legeforeningen.no/id/131694.0>.
- [104] Strømme, P., & Hagberg, G. (2000). Aetiology in severe and mild mental retardation: a population-based study of Norwegian children. *Developmental medicine and child neurology*, 42(2), 76-86.
- [105] Abel, E. L. (1995). An update on incidence of FAS: FAS is not an equal opportunity birth defect. *Neurotoxicology and Teratology*, 17(4), 437-443.
- [106] Richter, L., & Richter, D. M. (2001). Exposure to parental tobacco and alcohol use: effects on children's health and development. *The American journal of orthopsychiatry*, 71(2), 182-203.
- [107] Hussong, A. M., Flora, D. B., Curran, P. J., Chassin, L. a, & Zucker, R. a. (2008). Defining risk heterogeneity for internalizing symptoms among children of alcoholic parents. *Development and psychopathology*, 20(1), 165-93. doi: 10.1017/S0954579408000084.
- [108] Walsh, C., MacMillan, H. L., & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: findings from the Ontario Health Supplement. *Child abuse & neglect*, 27(12), 1409-25.
- [109] Famularo, R., Kinscherff, R., & Fenton, T. (1992). Parental substance abuse and the nature of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 16(4), 475-483. doi: 10.1016/0145-2134(92)90064-X.
- [110] Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Alcohol and illicit drug dependence among parents: associations with offspring externalizing disorders. *Psychological medicine*, 39(1), 149-55. doi: 10.1017/S0033291708003085.
- [111] Merikangas, K R, Stolar, M., Stevens, D. E., Goulet, J., Preisig, M. a, Fenton, B., et al. (1998). Familial transmission of substance use disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(11), 973-9.
- [112] Sørensen, H. J., Manzardo, A. M., Knop, J., Penick, E. C., Madarasz, W., Nickel, E. J., et al. (2011). The Contribution of Parental Alcohol Use Disorders and Other Psychiatric Illness to the Risk of Alcohol Use Disorders in the Offspring. *Alcohol*, 35(7), 1-6. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01467.x.
- [113] Fletcher, R. W., & Fletcher, S. W. (2005). *Clinical epidemiology: the essentials* (Fourth edi.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- [114] Hanley, J. a. (2001). A heuristic approach to the formulas for population attributable fraction. *Journal of epidemiology and community health*, 55(7), 508-14.
- [115] Laake, P., & Thelle, D. S. (2008). Epidemiologisk forskning. Begreper og metoder. I P. Laake, B. R. Olsen, & H. B. Benestad (Red.), *Forskning i medisin og biodag* (s. 282-320). Oslo: Gyldendal akademisk.
- [116] Merikangas, K., Nakamura, E., & RC, K. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(1), 7-20.
- [117] Mossige, S., & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge En selvrporteringsstudie blant avgangselever i videregående skole*. http://www.nova.no/asset/3059/1/3059_1.pdf.
- [118] Statistisk sentralbyrå. (2011). *Statistikkbanken Tabell 07902: Dødelighetstabeller, etter kjønn og alder*. <http://tinyurl.com/tabell07902>
- [119] Statistisk sentralbyrå. (2010). *Barn med barneverns-tiltak i løpet av året og per 31. desember, etter tiltak. Kommune. 2009*. <http://www.ssb.no/barneverng/tab-2010-07-06-01.html>.
- [120] Statistisk sentralbyrå. (2010). *Straffede, etter kjønn, alder og type hovedlovbrudd. 2009*. http://www.ssb.no/0305/a_krim_tab/tab/tab-2010-06-22-45.html.
- [121] Bergen, S. E., Gardner, C. O., & Kendler, K.S. (2007). Age-related changes in heritability of behavioral phenotypes over adolescence and young adulthood: a meta-analysis. *Twin Research and Human Genetics*, 10(3), 423-433.
- [122] Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., et al. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301(5631), 386-9. doi: 10.1126/science.1083968.

- [123] Karg, K., Burmeister, M., Shedden, K., & Sen, S. (2011). The Serotonin Transporter Promoter Variant (5-HTTLPR), Stress, and Depression Meta-analysis Revisited: Evidence of Genetic Moderation. *Archives of General Psychiatry*, 68(5), 444-454. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.189.

Alle internettressurser var tilgjengelige på de oppgitte koblingene 13. mai 2011.

